Ärztliche Aufklärungspflicht
unter besonderer Berücksichtigung
der Zahn- , Mund- und Kieferheilkunde

- Eine kritische Übersicht -

Klaus Kreger

Diss
München

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534927_0025

Aus dem Institut für Rechtsmedizin der Universität München
Vorstand: Prof. Dr. Wolfgang Spann

Ärztliche Aufklärungspflicht unter besonderer Berücksichtigung der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

- Eine kritische Übersicht -

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde in der Zahnheilkunde
an der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von
Klaus Kreger

1984

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. W. Spann

Dekan: Prof. Dr. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 15. 11. 1984

Inhaltsverzeichnis

		Seite
1	Einleitung	1
1.1	Soziologische Veränderungen - Verrechtlichung -	1
1.2	Einwirkung auf Arztrecht	
1.3	Rechtsprechung und Arztrecht	1
1.4	Allgemeine Kritik an dieser Rspr	2
1.5	Richterliche Selbstkritik	3
1.6	Weiter Themenkreis des Arztrechts	4
1.7	Allgemeine Störungsfaktoren zum Arzt/Patienten-Verhältnis	5
1.8	Einfluß der Medien	6
2	Ärztliche Aufklärungspflicht	8
2.1	Eingriff als Körperverletzung	8
2.2	Strafrechtliche Aspekte der Aufklärung	10
3	Rechtsdogmatik der Aufklärungspflicht	11
3.1	Beweislast bei Risikoaufklärung	11
3.2	Beweislast bei Befund-/Diagnose- und Sicherungsaufklärung	11
3.3	Sterilisation - Sonderfall der Sicherungsaufklärung -	12
3.4	Behandlungsvertrag und A.	14
3.5	Deliktsrecht und A.	15

		Seite
4	Grundsätze und Regeln der Rechtsprechung zur Aufklärungspflicht	15
4.1	Hauptregel	18
4.2	Der "verständige Patient"	18
4.3	Verständig ist gleich vernünftig	18
4.4	Aufklärung im großen und ganzen	18
4.5	Laienperspektive	18
4.6	Dringlichkeit des Eingriffs	18
4.7	Sachliche u. zeitliche Komponenten der Dringlichkeit	19
4.8	Schwere der Schädigung	19
4.9	Operationserweiterung und A.	19
4.10	Kontraindikation der A.	21
4.11	Typische Gefahr u. Komplikationsdichte; fünf BGH-Entscheidungen a-e	22
4.12	Diagnostische Eingriffe und A.	24
4.13	Alternative Behandlungsmethoden	25
4.14	Anästhesie und A.	26
4.15	Kosmetische Operation und A.	26
4.16	Anfängeroperation	27
4.17	Berufliche Belange und A.	28
4.18	Kostenaufklärung	29
4.19	Nicht übertreiben u. bagatellisieren	29
4.20	Fehlende Kausalität der A.	29

		Seite
5	Problematik der ärztlichen Aufklärung in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	31
5.1	Prothetik	34
5.2	Konservierende Zahnheilkunde	36
5.3	Zahnärztliche Chirurgie	42
5.4	Kieferchirurgie	65
5.5	Kieferorthopädie	73
5.6	Schlußbemerkungen zur Z M K und Dokumentationsvorschlag	77
6.1	Allgemeinkritik an Rechtsprechung mit "Kurz-Zitaten"	86
6.2	Ungünstige frühere Prozeßsituation des Patienten als Hauptursache für die "Aufklärungsschiene"	88
6.2.1	Bei der Darlegungspflicht	88
6.2.2	Bei der Beweislast	88
6.2.3	Keine eigene Wahrnehmungsmöglichkeit des Patienten in Narkose	88
6.2.4	Keine Dokumentationspflicht des Arztes	88
6.2.5	Kein Einsichtsrecht des Patienten	88
6.2.6	Sachverständigenproblematik	89
7.1	Fehlende Waffengleichheit als tiefere Ursache der "Aufklärungsschiene"	89
7.2.	Negative Folgen der "perfekten Aufklärung"	90

		Seite
8	Gründe für "Auffangtatbestand" weggefallen	91
	Repliken:	
8.1	zu 6.2.1	91
8.2	zu 6.2.2	92
8.3	zu 6.2.3	93
8.4	zu 6.2.4	93
8.5	zu 6.2.5	93
8.6	zu 6.2.6	94
9	Weitere Gesichtspunkte gegen überzogene Aufklärung	96
9.1	Vergleich mit anderen europäischen Ländern	97
9.2	Politisch-geschichtlicher Hintergrund	98
9.3	Waffengleicheit u. Beweislast	98
9.4	Weitere Stimmen zur"Aufklärungsschiene"	99
10	Höchstrichterliche Rechtsprechung nach neuestem Stand - kritische Untersuchung -	100
10.1	Der "verständige Patient" als vernünftiger übergeordneter Maßstab	100
10.2	Praxisnahe Formulierungen des BGH	100
10.3	BGH erkennt Mißbrauch u. versucht gegenzusteuern	101
10.4	"BGH-Hilfestellung" bei der Kausalitätsfrage	102

		Seite
10.5	Fehlender Rechtswidrigkeits-zusammenhang	104
10.6	Weitere positive Aspekte der BGH-Rechtsprechung	105
10.7	Kritik an Rechtsprechung zur Kontraindikation der A.	106
10.8	Geringe forensische Bedeutung der Aufklärungspflicht gegenüber Moribunden	110
11	"Typische Gefahr" und Komplikationsdichte - Kritik -	111
11.1	Keine isolierte Behandlung beider Komponenten	111
11.2	Widersprüchlich aus der Sicht des verständigen Patienten	113
11.3	Unscharfe Differenzierung: "typisch-atypisch, spezifisch-unspezifisch, - impliziert Komplikationsdichte-	113
11.4	Keine Rechtfertigung für Komplikationsrate von derzeit 0,005 %	116
11.5	Differenzierung zu Ziff. 11.3 für verständigen Patienten ohne Interesse	117
12	Dokumentation der Aufklärung und ihr Zweck	118
12.1	Meinungsvielfalt zur Dokumentation	118
12.2	Stufenaufklärung als beste Lösung	119
12.3	Kritik an Stufenaufklärung verfehlt	121
12.4	BGH-Formeln erleichtern die Stufenaufklärung	121

		Seite
13	Problematik der ärztlichen Aufklärungspflicht wird in absehbarer Zeit durch die Stufenaufklärung entschärft	122
14	Optimistischer Ausblick	122
15	Zusammenfassung	124
	Literaturverzeichnis	125 - 148
	Autorenverzeichnis	149 - 152
	Lebenslauf	154

Abkürzungsverzeichnis

aaO	am angeführten Ort
AG	Amtsgericht
ArztR	Arztrecht
Augenhk	Augenheilkunde
Bay.Äbl.	Bayerisches Ärzteblatt
BGH	Bundesgerichtshof
BGHSt	Entscheidungen des BGH in Srafsachen
BGHZ(E)	" " " " Zivilsachen
BVerG	Bundesverfassungsgericht
DMW	Deutsche Medizinische Wochenschrift
DRiZ	Deutsche Richterzeitung
Dtsch.Äbl.	Deutsches Ärzteblatt
DZZ	Deutsche zahnärztliche Zeitschrift
H	Heft(e)
JR	Juristische Rundschau
JZ	Juristenzeitung
LG	Landgericht
MedR	Medizinrecht (Zeitschrift)
Mbl	Monatsblätter
MDR	Monatsschrift für deutsches Recht
Mitt	Mitteilungen
MMW	Münchner medizinische Wochenschrift
mwN	mit weiteren Nachweisen
NJW	Neue juristische Wochenschrift
OLG	Oberlandesgericht
SZ	Süddeutsche Zeitung
VersR	Versicherungsrecht (Zeitschrift)
ZM	Zahnärztliche Mitteilungen
ZWR	Zahnärztliche Welt/Rundschau/Reform

- alle Unterstreichungen in dieser Dissertation stammen vom Verfasser-.

1 Einleitung

1.1 Wissenschaft und Technik haben in diesem Jahrhundert eine geradezu explosionsartige Entwicklung genommen wie noch nie zuvor in der Geschichte der Menschheit. Das gilt insbesondere für die Naturwissenschaften, nicht zuletzt auch für die Medizin.

Diese außergewöhnlichen Fortschritte waren in den demokratisch orientierten Industrienationen begleitet von erheblichen Veränderungen im soziologisch-ökonomischen Bereich, vor allem aber auf dem Gebiet des Rechts. Immer mehr Lebensbereiche werden von immer enger geknüpften und sich teils überlagernden Netzen rechtlicher Regelungen erfaßt, verursacht einerseits durch bisher unbekannte Risiken andererseits durch den häufig strapazierten "Ruf nach dem Gesetzgeber" zur Regelung neuer oft sehr komplexer Konfliktbereiche. Man spricht daher nicht nur von einer "Verwissenschaftlichung", sondern auch von einer "Verrechtlichung der modernen Lebenswelt" (1).

1.2 So kann es nicht verwundern, daß auch und gerade die Medizin in den Sog dieser teils bitter beklagten, teils aber auch geforderten und notwendigen Verrechtlichung geraten ist. Das mehr und mehr ausufernde " Arztrecht " ist in den letzten Jahren zunehmend zu einem wichtigen Bestandteil des Rechtssystems geworden, also zu einer eigenen Disziplin, welche die herkömmlichen Schranken von Öffentlichem Recht, Strafrecht und Zivilrecht überspringt (2).

1.3 Dabei sind es nicht nur die gesetzgebenden Organe, die in viele Bereiche des Arztrechts eingreifen.Häufig schweigt der Gesetzgeber, sei es aus politischen Gründen (z.B. Zwangssterilisation mit einem Gesetzentwurf seit 1972!), oder weil sich die regelungsbedürftige

Materie (z.B. Ärztliche Aufklärungspflicht) einfach einer vernünftigen und für die Praxis der Medizin und Justiz brauchbaren Kodifizierung entzieht, oder weil der von den "Betroffenen" kommende Druck, die Lobby, zu schwach ist, um eine für die Ärzteschaft akzeptable und für die Juristen rechtsdogmatisch saubere Lösung durchzusetzen (z.B. Eigenmächtige Heilbehandlung o.ä. statt Körperverletzung). Diese Lücken und Ungereimtheiten mußten zwangsläufig - und leider nicht immer gelungen - durch das sog. Richterrecht, in praxi also durch die höchstrichterliche Rechtsprechung beseitigt werden (3).

Eine solche Rechtsprechung ist in einem Rechtsstaat selbstverständlich nicht dogmatisch-statisch. Sie versucht in aller Regel sich einer sachlichen, vernünftigen Kritik zu stellen und - wenn auch naturgemäß behutsam - den im praktischen Bereich veränderten Verhältnissen Rechnung zu tragen, und zwar nicht nur über die jeweilige Einzelfallgerechtigkeit, sondern auch durch allgemeine Regeln und Grundsätze, quasi als Orientierungshilfe für die Praxis.

1.4 Allerdings implizieren derartige gutgemeinte Grundsätze mit ihrer zu verallgemeinernden Tendenz - nicht zuletzt auch bezüglich der ärztlichen Aufklärungspflicht - manch unheilvolle Mißverständnisse und Verunsicherungen, insbesondere bei Lesern, denen die Einzelfälle mit all ihren vielschichtigen Besonderheiten und Facetten nicht bekannt sind, aus denen heraus die Grundregeln entwickelt wurden. Daran ändert auch nichts das Bestreben des BGH, bereits in manchen Leitsätzen anzudeuten, daß Ausnahmen denkbar sind, die dann allerdings erst in den umfangreichen Urteilsgründen, und auch dort nur beispielsweise, erwähnt werden, obwohl von erfahrenen Fachmedizinern eine ganze Anzahl solcher "Ausnahmen" mit guten und auch rechtlich zu billigenden Gründen angeführt werden könnten (4).

Leider ist unsere Rechtsprechung in mancher Hinsicht unter Überbewertung des einen oder anderen rechtlichen Gesichtspunkts (z.B. des Selbstbestimmungsrechts) zu weit gegangen und gerade zum Nachteil ärztlicher Tätigkeit zu eng, zu einseitig, zu scheinbar "patientenorientiert" geworden, ohne in allen aufgestellten Grundsätzen und Beweisregeln die angestrebte echte Hilfe für den Patienten darzustellen. Diese Kritik kommt nicht nur aus der Ärzteschaft und ihren namhaften, um Objektivität bemühten Vertretern, sondern auch von angesehenen Autoren der Rechtswissenschaft, die sich intensiv mit dem Arztrecht befassen.

Ganz bewußt soll in diesem Zusammenhang keine jener Persönlichkeiten, schon gar nicht aus dem - für manche Medien "verdächtigen"- Kreis der Mediziner zitiert werden, um jeden Anschein einer polarisierenden Tendenz zu vermeiden. Ohne unmittelbaren Bezug auf das Arztrecht sei hier auszugsweise ein bescheiden aufgemachter "Kommentar" aus der Deutschen Richterzeitung wiedergegeben, in dem meines Erachtens sehr treffend die zu weit ausgreifende (und eingreifende) Rechtsprechung ganz allgemein selbstkritisch beleuchtet wird, wobei diese Ausführungen mittelbar auch auf manche Bereiche des Arztrechts, nicht zuletzt auf das Thema dieser Dissertation übertragen werden können"

1.5 " Wenn wir ... über Ursachen und Möglichkeiten einer Eindämmung und besseren Bewältigung der Verfahrensflut diskutieren, dürfen gerade wir Richter neben vielen anderen Ursachen ... e i n e n Gesichtspunkt nicht übersehen: die "hausgemachte Ressourcenverknappung" zu der die Rechtsprechung selbst beigetragen hat.

Wir dürfen deshalb die Ursachen der Überlastung der Gerichte nicht ausschließlich beim R e c h t s u c h e n d e n ansiedeln - z.B. im Anspruchsdenken, in einer durch Rechtschutzversicherungen und eine ständig steigende Zahl zugelassener Rechtsanwälte geförderten Bereitschaft, Konflikte vor Gericht auszutragen. Wir dürfen sie auch nicht nur beim Gesetzgeber suchen ...

> Denn nicht nur die Gesetzblätter haben Jahr für Jahr beträchtlich an Umfang zugenommen. Wer die gängigen Kommentare ... zur Hand nimmt, wird feststellen, daß auch sie von Auflage zu Auflage im Umfang gewachsen sind - und zwar gerade auch in Bereichen, in denen seit Jahren keine Gesetzesänderungen ergangen sind. Darin spiegelt sich eine immer stärker differenzierte, immer minutiösere Rechtsprechung wider.
>
> Gewiß ist diese Entwicklung zu einem guten Teil die unvermeidbare Folge einer zunehmenden Komplexität der Lebensverhältnisse ... Es gilt aber, auch die generellen Aspekte der Gerechtigkeit über den Einzelfall hinaus im Auge zu behalten. Dazu gehören vor allem auch die Voraussehbarkeit, die Berechenbarkeit gerichtlicher Entscheidungen ...
>
> Bundesverfassungsrichter a.D. G e i g e r hat unlängst vor der Kehrseite einer Überdifferenzierung in der Rechtsprechung gewarnt:"Da wird nicht nur mit der Beweislast immer raffinierter umgegangen, da wird auch überall in den überraschendsten Kombinationen abgewogen, da gibt es Ausnahmen von der Regel zuhauf, da wird dem einen zugemutet, was dem andern unzumutbar ist." Er hat beklagt, daß damit das Ergebnis eines Rechtsstreits schlechterdings unberechenbar geworden ist...
>
> Es soll hier heineswegs der Anwendung nur des groben Hobels in der Rechtsprechung das Wort geredet werden... Was ich meine, wurde in anderem Zusammenhang "infektiöse Perfektionitis" genannt, für die gerade die Obergerichte besonders anfällig sein dürften ... " (5).

Diese "Worte in Gottes Ohr" - ist man versucht anzumerken, wenn man hunderte von Urteilen und einige tausend Seiten Literatur allein zum ärztlichen Komplex " Behandlungsfehler - Ärztliche Aufklärungspflicht - Beweislast " studiert hat, ganz zu schweigen von anderen medizinisch-rechtlich-ethischen, zum Teil sehr brisanten Themen wie:

1.6 Zulässigkeit von Transplantatentnahmen, Organspenderausweis, Hirntod, Sektion und Einwilligung, Euthanasie (vgl. den neuen Streitfall Hackethal), passive Sterbehilfe, Patiententestament, Reanimation und deren Beendigung, Suizidversuch, Tötung auf Verlangen durch Unterlassen, unterlassene ärztliche Hilfeleistung als arztrechtliches Dauerthema (vgl. den inzwischen rechtskräftigen Krefelder Freispruch), Recht auf menschenwürdigen Tod, Bluttransfusion bei Zeugen Jehovas bzw. deren Kindern, ärztliche

Schweigepflicht, Abgrenzung von Leibesfrucht und Mensch (jetzt BGH v.7.12.83,NJW 84,674 ff.), heterologe Insemination, extrakorporale Befruchtung, tiefgefrorene Embryonen in flüssigem Stickstoff, Humangenetik, unterbliebener Schwangerschaftsabbruch bei genetischer Indikation, Zwangssterilisation, Zwangsernährung von Häftlingen u. Selbstbestimmungsrecht, Versicherungsmedizin u. Duldungspflicht, Pharmaforschung im klinische Bereich, Placeboproblem, Doppelblindversuch, Arzneimittelprüfung u. fortbestehende Kontroversen nach dem einschlägigen Gesetz, abschreckende Beipackzettel in Präparatepackungen, medizinische Forschung teilweise im Konflikt mit Datenschutz (Krebsregister), Transsexualität, Problematik des Heilpraktikerberufs usw. Dabei handelt es sich - wie bei der Aufklärungspflicht- überwiegend um Themen, mit denen sich auch die Rechtsmedizin neben ihren zahlreichen klassischen Aufgaben befassen muß, nämlich in ihrer "Brückenfunktion" zwischen Medizin und Recht.

1.7 Selbstverständlich wird heute kein vernünftiger Arzt dem archaischen Bild von der "priesterähnlichen Funktion" seines Berufsstandes oder vom "hochstilisierten Herrn über Leben und Tod" nachtrauern. Die "Götter in Weiß" - wie übrigens auch die "Götter in Schwarz" - sind durch die natürliche Entmythologisierung ein für allemal passé. Gehäufte Behandlungsfehler- bzw. Aufklärungsrügen und zunehmende Urteilsschelte in den Medien könnten vor diesem leicht-humorigen Hintergrund ein weiteres, zumindest "psychologisch-verbindendes" Element zwischen Medizin und Recht, zwischen Ärzten und Richtern sein, die manchmal auseinanderzudriften drohen.

Die hierin zum Ausdruck kommende Wandlung in den Strukturen unserer pluralistischen Industriegesellschaft (hier konkret: im Arzt-Patientenverhältnis) muß teils akzeptiert teils bedauernd hingenommen werden. Ihre Ursachen sind sehr mannigfaltig und vielschichtig. Sie wurden bereits in dem oben (Ziff. 1.5) zitierten Richteraufsatz zur Verfahrensflut genannt:

Höherer Lebensstandard, Freizeitgesellschaft, gestiegenes Anspruchs- und Konsumdenken, Reparaturmentalität, teils ideologisch initiierte Tendenz zur Nivellierung, Ressentiments gegenüber größerer Leistung und damit höherem Ansehen und Einkommen, verstärkte Konfliktbereitschaft, Anwaltsschwemme, Rechtsschutzversicherungen, ab 1981 ein neues sehr großzügiges Prozeßkostenhilfegesetz, Erniedrigung der Hemmschwelle,gegen den eigenen Arzt zu klagen, das alle volkswirtschaftlich und haushaltsrechtlich vertretbaren Dimensionen sprengende "soziale Netz" mit einer Minimierung der Eigenverantwortung usw. (6).

1.8 Nicht zuletzt haben zu den negativen Seiten dieser Entwicklung auch die Massenmedien beigetragen, die von Vielen als "vierte Kraft im Staate" nach den drei klassischen Säulen "Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung" apostrophiert werden. Gemeint ist hier nicht die meist objektive Berichterstattung ohne Namensnennung in den seriösen Tageszeitungen. Gemeint sind auch nicht die im Grunde begrüßenswerten Versuche der Publizistik, das bei der zunehmenden Kompliziertheit der Medizin wachsende "Wissensgefälle" zwischen dem Fachmediziner und dem Durchschnittsbürger durch aufklärende Beiträge etwas zu verkleinern. Dies gilt insbesondere für den Bereich der Prophylaxe, die Förderung des Gesundheitsbewußtseins, warnende Informationen über Alkohol-, Nikotin- und Drogenmißbrauch usw. Auch eine Fernsehsendung der ARD am 14.4.83 in der "Pro und Contra-Reihe" über die ärztliche Aufklärungspflicht sollte man zu diesen positiven Bereichen zählen, welbst wenn sie flach geblieben und am Kernproblem vorbeigegangen ist.

Vielmehr geht es um den kaum ausrottbaren Sensationsjournalismus vor allem in der leider massenhaft konsumierten "Regenbogenpresse". Dabei werden relativ seltene Negativfälle so breit getreten, daß für einfach strukturierte Leser die Ausnahme schon fast als Regel erscheint, wozu vielfach noch eine beinahe kriminelle Verfälschung von Fakten kommt.

Auch hierzu sei - um wiederum "unverdächtig" zu bleiben - weder ein Arzt noch ein Richter zitiert, sondern auszugsweise ein namhafter Journalist einer angesehenen großen deutschen Tageszeitung (7):

> "... Auswirkungen von Gerichtsberichten auf Zeugen, Opfer und Beschuldigte. Das Ausmaß an alltäglicher Stigmatisierung solcher Personen, das Ausmaß an psychischen und materiellen Schäden ist ungeheuer groß. Den Beweis für die oft verheerende, personenbezogene Wirkung solcher Berichte glaube ich zumindest in Ansätzen in meiner empirischen Studie erbracht zu haben.
>
> Es ist dies eine Medienwirkung, die eines Rechtsstaates mit umfassendem Grundrechtskatalog unwürdig ist... halte ich das Gros der deutschen Gerichtsberichterstattung für einen andauernden, rechtskulturellen Skandal... Der Pranger ist qua Massenmedien längst wieder erstanden - in moderner Form. Wir haben hier täglich ein Schädigungspotential vor Augen, das jeden von uns treffen kann. Die davon betroffene Minderheit hat aber praktisch keine Lobby ... "

Sicher ist ein solcher "Rufmord-Journalismus" auf seiten der Opfer nicht berufsspezifisch. Gleichwohl dürfte sich dieser Mißstand gegenüber kaum einem anderen Beruf verheerender auswirken als im ärztlichen Bereich, wo die Folgen bis zur Vernichtung der wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Existenz des betroffenen Arztes gehen können, ganz abgesehen von den negativen Auswirkungen auf die Allgemeinheit, die potentiellen künftigen Patienten und das Verhältnis zwischen Arzt und Patient, in dem V e r t r a u e n allein schon als Heilfaktor eine so wichtige Rolle spielt (8). Zurecht weist Kuhlendahl (9) auf die paradoxe Situation hin, "daß in der Öffentlichkeit zwar die Erwartung an ärztliches Handeln und medizinischen Einsatz, der Anspruch auf Erfolg immer höher getrieben, zugleich aber das persönliche Vertrauen gegenüber den Ärzten untergraben wird". Dabei ist es für breite Bevölkerungsschichten in ihrer "Reparaturmentalität" eine kaum erwähnenswerte Selbstverständlichkeit, daß sich die durchschnittliche Lebenserwartung dank der Fortschritte in der Medizin in diesem Jahrhundert verdoppelt hat.

Ärztliche Aufklärungspflicht

2 Zu dem "heißesten" und umstrittensten Thema des Arztrechts ist vor allem seit den siebziger Jahren zunehmend die "Ärztliche Aufklärungspflicht" geworden, die von manchen Autoren - wohl aus einer resignierenden Grundeinstellung - zu Unrecht auch als Aufklärungslast bezeichnet wird (10). Die Fülle der einschlägigen kasuistischen, teils widersprüchlichen gerichtlichen Entscheidungen und besonders das Schrifttum zu dieser Problematik ist inzwischen kaum mehr überschaubar. So beklagt Deutsch, ein sicher objektiver Experte des Arztrechts, schon allein im sprachlichen Bereich eine "babylonische Sprachverwirrung" (11). Da gibt es bei der Untergliederung eine Selbstbestimmungsaufklärung, eine Befund- und Diagnoseaufklärung, eine Risikoaufklärung, eine Verlaufsaufklärung, eine Stufenaufklärung, eine Sicherungsaufklärung, seit einigen Jahren eine Spontanaufklärung und im Hinblick auf neuere Gerichtsentscheidungen wahrscheinlich bald eine "krankenkassenrechtliche Kostenaufklärung" auch im zahnmedizinischen Bereich (12).

2.1 In diesem Zusammenhang (Beweislast!) muß wieder einmal daran erinnert werden, daß seit den einschlägig ersten Entscheidungen des Reichsgerichts in Straf- und Zivilsachen (13) jeder ärztliche Eingriff nach dem äußeren Tatbestand zunächst als Körperverletzung im Sinne des § 223 StGB bzw. § 823 I BGB angesehen wird, wobei der Begriff des "Eingriffs" heute von der Herztransplantation bis zur einfachen Medikation mit nicht unerheblichen Nebenwirkungen reicht. Körperverletzung ist demnach auch ein vital indizierter, kunstgerecht durchgeführter u n d erfolgreicher Eingriff, falls es nur irgendwie an der "Einwilligung bzw. deren Wirksamkeit hapert" (14).

In einer der gründlichsten Publikationen zur ärztlichen Aufklärungspflicht führen die in ihrer Kritik an sich sehr zurückhaltenden Autoren Kern und Laufs völlig zutreffend aus: "Das durch die Gerichte festgehaltene Leitbild vom Heileingriff als Körperverletzung begünstigte die juristische Konjunktur der ärztlichen Aufklärungspflicht und der Instruktionspflichten" (15).

Die heftige Kritik an dieser, einen ganzen Berufsstand desavouierenden rechtlichen Konstruktion hält unvermindert an, und zwar nicht nur von seiten der Ärzteschaft, sondern vor allem auch in der juristischen Literatur (16). Sie reicht von zurückhaltenden Bedenken bis hin zu dem oft wiederholten und bewußt überzogenen,sarkastischen Hinweis auf die grundsätzliche Gleichstellung des seinem Heilauftrag folgenden Arztes mit dem Messerstecher im Wirtshaus. Im Gegensatz zu anderen Ländern (17) konnte gleichwohl bis heute unser Gesetzgeber nicht dazu bewegt werden, diese absurde Subsumtion ärztlichen Handelns aufzugeben und z.B. den Tatbestand des "eigenmächtigen Heileingriffs" oder der "eigenmächtigen" bzw. "unerlaubten" oder "unzulässigen Heilbehandlung" o.ä. einzuführen. Einige von Rechtsexperten in Zusammenarbeit mit medizinische Kapazitäten erarbeitete Gesetzentwürfe dürften in absehbarer Zukunft weiter in den "Schubladen verstauben" (18).

Selbstverständlich kommt eine Bestrafung oder zivilrechtliche Haftung nur in Betracht, wenn auch ein ärztliches Verschulden vorliegt und dessen Ursächlichkeit zum Schaden zu bejahen ist. Die grundsätzliche Rechtswidrigkeit der Körperverletzung wird vor allem ausgeschlossen durch eine w i r k s a m e , in der Notfallmedizin "mutmaßliche" Einwilligung des Patienten oder seiner gesetzlichen Vertreter. Auf gewisse Unterschiede der rechtlichen Begriffe "Fahrlässigkeit" und "Kausalität" zwischen Straf- und Zivilrecht soll hier nicht näher eingegangen werden.

2.2 Zu der von der Ärzteschaft naturgemäß am meisten gefürchteten strafrechtlichen Seite darf in diesem Zusammenhang stellvertretend Deutsch (19) zitiert werden: "... Jedoch klagen heute Staatsanwälte Ärzte wegen kunstfehlerhafter Tötung oder Körperverletzung nur noch dann an, wenn es sich um einen schweren Kunstfehler handelt. Die geringe Zahl der strafrichterlichen Verurteilungen ... spricht eine beredte Sprache. Diese Erscheinung der Rechtswirklichkeit ist normativ begründet. Meines Erachtens ist es rechtspolitisch dringend geboten, die strafrechtliche Haftung des Arztes wegen Fehlbehandlung auf grobe Fahrlässigkeit einzuschränken, da jedes ärztliche Tun gefahrengeneigt ist..." (20). - Dieser Ansicht von Deutsch und anderer Autoren kann man sich nur anschließen.

Nach meiner Auffassung sollte aus demselben Grund bei einer Behandlung lege artis ein Arzt wegen fehlender oder unzureichender Aufklärung - und damit unwirksamer Einwilligung - nur dann s t r a f rechtlich belangt werden, wenn i n s o w e i t eine grobe Fahrlässigkeit vorliegt. Diese Forderung ist auch deshalb vertretbar, weil strafrechtliche Verurteilungen von Ärzten wegen Verletzung der Aufklärungspflicht in praxi sogar extrem selten sind (20). Denn eine Bestrafung ist nur möglich, wenn zur Überzeugung des Gerichts mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit feststeht, daß der Arzt vorsätzlich oder fahrlässig nicht oder nicht hinreichend aufgeklärt hat u n d dieses "Unterlassen" als condicio sine qua non ursächlich für den konkreten Schaden ist. Somit besteht erst recht keine rechtspolitische Notwendigkeit, auch leichte Fahrlässigkeit bezüglich der Aufklärungspflicht als kriminelles Unrecht unter Strafe zu stellen.

3 Rechtsdogmatisch wird die ärztliche Aufklärungspflicht grundsätzlich aus dem "Selbstbestimmungsrecht" des Patienten gem. Artikel 2 des Grundgesetzes hergeleitet, in dem das Grundrecht der freien Entfaltung seiner Persönlichkeit, insbesondere auf Leben und körperliche Unversehrtheit, verankert ist. Diese für Ärzte und Juristen so problematische Aufklärung wird daher vielfach auch als "Selbstbestimmungsaufklärung" bezeichnet und spielt die entscheidende Rolle bei der sog. Risiko- oder Eingriffsaufklärung, deren Inhalt und Umfang sich nach den zum Teil übertrieben strengen Anforderungen des BGH richtet, die oft von den Ärzten kaum mehr auszuloten sind (vgl.Ziff.1.5, S.4).

3.1 Dreh- und Angelpunkt ist dabei im forensischen Bereich die B e w e i s l a s t , die - anders beim Behandlungsfehler - den Ärzten aufgebürdet wurde. Dies ist, wie bereits oben (Z.2.1,S.8,9) dargelegt, die logische Konsequenz der Subsumierung ärztlicher Eingriffe als tatbestandsmäßige Körperverletzung, welche die Rechtswidrigkeit indiziert, die vom Arzt erst ausgeräumt werden muß, und zwar durch die Darlegung s o w i e den Beweis, daß der Eingriff medizinisch geboten war und hierfür die Einwilligung des Patienten, also ein sog. Rechtfertigungsgrund vorlag. Die Einwilligung ist jedoch unstreitig nur dann relevant und rechtswirksam, wenn sie nach einer entsprechenden ärztlichen Aufklärung im Rahmen der von der Rechtsprechung aufgestellten, manchmal verwirrenden Grundsätzen abgegeben wurde, wofür folgerichtig der Arzt beweispflichtig ist.

3.2 Etwas anderes gilt bei der Befund- und Diagnoseaufklärung sowie bei der sog. Sicherungsaufklärung im engeren Sinne, falls damit kein Eingriff (z.B. keine invasive diagnostische Maßnahme) verbunden ist. Hier

handelt es sich in aller Regel um Nebenpflichten aus dem Vertrag, deren Verletzung wie beim Behandlungsfehler auch nach der Rechtsprechung des BGH grundsätzlich der Patient darzulegen und zu beweisen hat (25). Die Juristen bezeichnen Pflichtverletzungen auf diesem Gebiet als positive Vertrags- oder Forderungsverletzungen mit einer Verjährungsfrist von 30 Jahren. Keine Nebenpflicht des Arztes, sondern eine Hauptpflicht liegt selbstverständlich dann vor, wenn die Feststellung des Befundes bzw. der Diagnose gerade wesentlicher Inhalt des Arzt-Patientenvertrags ist, wie z.B. bei einer Vorsorge- oder Diensttauglichkeitsuntersuchung.

Unter den Begriff "Sicherungsaufklärung" fallen insbesondere Instruktionspflichten des Arztes oder Zahnarztes zur Abwehr von Gefahren: Hinweise auf eine mögliche Verkehrsuntauglichkeit mit der Notwendigkeit entsprechender Vorsorge; Informationen über etwaige Nebenwirkungen einer Behandlung - z.B. auch einer Medikation mit nicht ungefährlichen Arzneimitteln (26)-, verbunden mit der Aufforderung zu deren Beobachtung und ggf. rechtzeitigen Mitteilung; dringende Empfehlungen zu einer seinem Zustand angepaßten Lebensweise usw. (27). Solche Informationspflichten, deren schuldhafte Verletzung einschließlich der adäquaten Kausalität zu einem bestimmten Schaden gleichfalls grundsätzlich der Patient zu beweisen hat, spielen in der medizinisch-forensischen Praxis eine untergeordnete Rolle und sollen daher in dieser Arbeit mit dem Schwergewicht der Selbstbestimmungsaufklärung (Eingriffs- bzw. Risikoaufklärung) nur am Rande erwähnt werden.

3.3 Eine Ausnahme im Bereich der Sicherungsaufklärung bildet die Beratungspflicht des Arztes gegenüber dem Patienten bzw. den Eheleuten über die Erfolgssicherheit einer Sterilisationsmethode, mit der sich die höchstrichterliche Rechtsprechung und das Schrifttum erst in den letzten Jahren eingehender zu befassen hatte (28).

Verletzungen dieser Beratungspflichten können unter Umständen, falls auch die vom Patienten zu beweisende Kausalität zur erneuten Schwangerschaft bejaht wird, zu hohen Haftpflichtansprüchen hinsichtlich des Unterhalts für das aus der gestörten Familienplanung hervorgegangene Kind führen. Der BGH hat nämlich auch hier Beweiserleichterungen zugunsten des Patienten eingeführt, aus denen ein zwar allgemein gehaltener, aber dennoch sehr gefährlicher Hinweis aus den Gründen des Urteils vom 10.1.1981 zitiert werden soll:

> " Nachdem inzwischen geklärt ist, daß solche Eingriffe unter den entsprechenden tatsächlichen Voraussetzungen rechtlich zulässig sind, haben sie in der Praxis eine größere Bedeutung gewonnen; auch sind ihre in gewissem Umfang unvermeidlichen Fehlschläge inzwischen mehrfach forensich hervorgetreten. Bei dieser Sachlage liegt es heute für den Arzt, der eine Sterilisation aus Gründen der Familienplanung vornimmt, so nahe , sich seinen Hinweis auf die Versagerquote schriftlich bestätigen zu lassen, daß die Unterlassung dieser Vorsichtsmaßnahme (der ersichtlich therapeutische Bedenken nicht entgegenstehen können) ein Beweisanzeichen dafür bilden mag, daß die Erfüllung dieser aus dem Behandlungsvertrag folgenden Nebenpflicht versäumt worden ist ... "(29).

Wie komplex und vielschichtig die Problematik der Aufklärungspflicht sein kann, zeigt sich auch bei der Sterilisation aufgrund einer möglichen Überschneidung der oben angeführten Sicherungsaufklärung (Versagerquote) mit der eigentlich Selbstbestimmungsaufklärung hinsichtlich der Risiken des Eingriffs. So kann sich unter Umständen eine Patientin durchaus darauf berufen, sie hätte die, wenn auch nur sehr geringen Risiken nicht in Kauf genommen und ihre Einwilligung zu dem Eingriff nicht erteilt, wenn sie gewußt hätte, daß eine "Versagerquote", also eine erneute Schwangerschaft nicht vollständig auszuschließen sei.

3.4 Rechtsgrundlage für eine Haftung wegen Verletzung der Aufklärungspflicht ist zunächst einmal der Behandlungsvertrag, der Arzt-Patientenvertrag, der von den im BGB zur Verfügung stehenden Vertragstypen nach herrschender Meinung in Rechtsprechung und Schrifttum als Dienstvertrag gem. §§ 611 ff. BGB eingeordnet wird, wobei es sich bei der vom Arzt "geschuldeten" Tätigkeit um Dienste höherer Art i.S. des § 627 BGB handelt. Die Regeln des Werkvertrags gem. §§ 631 ff. BGB mit einer sechsmonatigen Verjährungsfrist kommen nicht zur Anwendung, weil der Arzt weder für die Richtigkeit der Diagnose noch für den Heilerfolg einstehen kann. Denn der Erfolg ärztlichen Handelns hängt nicht allein von der ärztlichen Kunst, der gewissenhaften Beachtung der Regeln der medizinischen Wissenschaft ab, sondern auch von einer Vielzahl anderer Faktoren, die in der physischen und psychischen Konstitution des einzelnen Patienten mit der Möglichkeit zahlreicher nicht vorausberechenbarer biologischer Reaktionen und nicht beherrschbarer Risiken begründet sind. Auf seltene Ausnahmen, in der Humanmedizin Werkvertragsrecht anzunehmen, z.B. aufgrund freier Vertragsvereinbarung oder bei einigen rein kosmetischen Eingriffen ohne medizinische Indikation (30), kann hier nicht eingegangen werden. Meinungsverschiedenheiten auf dem Gebiet der Zahnprothetik sollen später behandelt werden.

Die Verpflichtung zur Risikoaufklärung wurde bisher, wie bei den oben erwähnten Fällen der sog. Diagnose-/Befundaufklärung und der Sicherungsaufklärung, als "vertragliche Nebenpflicht" angesehen. Hiergegen hat sich - soweit ersichtlich erstmals - der BGH mit Urteil vom 28.1.1984 (31) gewandt und ausgeführt:

> "... Die Aufklärung des Patienten ist auch unter Vertragsgesichtspunkten - keine bloße Nebenpflicht des Arztes, deren Verletzung der Patient, wenn er Ansprüche aus ihr herleitet, nach allgemeinen Grundsätzen zu beweisen hätte... Sie hängt vielmehr wie die Einwilligung des Patienten, die erst den

ärztlichen Eingriff in die körperliche Integrität zulässig werden läßt und deren Voraussetzungen die Aufklärung schaffen soll, so eng mit der Behandlungspflicht des Arztes zusammen, daß dieser ebenso wie der Umstand, daß er überhaupt den Eingriff vorgenommen hat .., auch die Erfüllung seiner Aufklärungspflicht nachweisen muß. Insoweit kommt der gesetzlichen Beweislastverteilung, die für die Deliktshaftung demjenigen, der sich darauf beruft, die Beweislast für eine rechtfertigende Einwilligung auferlegt, allgemeine Bedeutung auch für die ärztliche Aufklärung zu, zumal der Arzt sich am ehesten die Beweise für die erfolgte Aufklärung sichern kann... "

3.5 Neben der vertraglichen Haftung mit einer Verjährungszeit von 30 Jahren ergeben sich noch deliktische Schadensersatzansprüche aus "unerlaubter Handlung" gem. § 823 Abs.1 sowie Abs.2 BGB in Verbindung mit einem sog. Schutzgesetz. Diese materiell-rechtliche Haftungsgrundlage mit einer Verjährungsfrist von drei Jahren spielt sogar in der forensischen Praxis die entscheidende Rolle, weil nur auf diesem Weg Schmerzensgeld gem. § 847 BGB verlangt werden kann oder gem. §§ 844, 845 BGB Ansprüche Dritter (z.B. wegen entgangenen Unterhalts oder entgangener Dienstleistungen) in Frage kommen.

Auf weitere juristische Details (z.B. Haftung für Erfüllungs- oder Verrichtungsgehilfen gem. §§ 278, 831 BGB, Organhaftung gem. §§ 31,89 BGB, Verweisungsprivileg gem. § 839 Abs.1 S.2 BGB usw.) kann im Rahmen dieser Arbeit nicht näher eingegangen werden (32).

4 Im folgenden Abschnitt sollen die wichtigsten Grundsätze und Regeln der höchstrichterlichen Rechtsprechung zur ärztlichen Aufklärungspflicht zusammengefaßt werden. Bewußt wird darauf verzichtet, einen zwangsläufig äußerst umfangreichen, lediglich "seitenfüllenden" Überblick zur historischen Entwicklung des Rechtsinstituts der ärztlichen Aufklärungspflicht

wiederzugeben, mit all seinen "Wendungen und Zick-Zack-Kursen" sowie der über Jahrzehnte gesehen stetig zunehmenden Verschärfung der Anforderungen. Schließlich liegen hierzu zahlreiche gute und übersichtliche Publikationen auch in Buchform vor, aus neuerer Zeit vor allem von Kern/Laufs (13), Giesen (33), Schwab/Kramer/Krieglstein (224), Franzki (27), abgesehen von vielen Aufsätzen und Referaten anderer namhafter Autoren.

Zweckmäßig erschien es ferner, sich mehr illustrativ auf wenige Zitate aus der Rechtsprechung zu beschränken, weil die gesamten Entscheidungsgründe für einen interessierten Leser der Praxis nur wenig hergeben. Denn einmal weisen die den Urteilen zugrunde liegenden Tatbestände im medizinischen Bereich die vielfältigsten Besonderheiten auf, was sich dann bei der juristischen Bewertung wiederspiegelt in Wendungen wie: in der Regel, im allgemeinen, vielfach, grundsätzlich, zwar... aber, obgleich, einerseits ... andererseits, usw. Zum andern liegen die vom BGH zu beurteilenden medizinisch-rechtlichen Sachverhalte meist fünf bis zehn Jahre zurück, sind also allein schon wegen der rapiden Fortentwicklung der medizinischen Wissenschaft und Technik - mit einem geschätzten sog. Halbzeitwert von fünf Jahren - sachlich überholt.

So wurde z.B. erst im Mai 1984 ein Urteil des BGH vom 28.2.1984 veröffentlichst (34), in dem sich das Gericht mit der Frage zu befassen hatte, "unter welchen Umständen ein Arzt den Patienten über neue diagnostische oder therapeutische Verfahren informieren muß, die sich in der Erprobung befinden und erst an einigen Universitätskliniken zur Verfügung stehen". Zugrunde lag ein Fall mit letalem Ausgang vom August 1975 (!), in dem bei einer Patientin eine Pneumencephalographie (PEG) durchgeführt worden war. Nachdem der BGH in seiner Entscheidung erneut zu der für die Praxis

wichtigen Frage der Aufklärung über Alternativen, also über verschiedene zur Wahl stehende diagnostische oder therapeutische Verfahren, Stellung nimmt, soll hier - teils im Vorgriff auf den später angeführten Grundsatz zu Ziff. 4.13 - etwas ausführlicher zitiert werden:

" Wie das Berufungsgericht verfahrensfehlerfrei... feststellt, hatte er in Wahrheit nicht die Wahl zwischen beiden Methoden. In der Universitätsklinik M. gab es noch keinen Tomographen. Im übrigen befand sich damals die CTG noch in der Erprobungsphase... Die geringe Anzahl der bereitstehenden Geräte zwang zu einer Auswahl der Patienten, an denen eine CTG vorgenommen werden konnte...

Nur dann hat er den Patienten, um ihm eine selbstbestimmende Entscheidung zu ermöglichen, über mehrere zur Wahl stehende... Verfahren zu informieren und das Für und Wider mit ihm abzuwägen, wenn jeweils unterschiedliche Risiken für den Patienten entstehen können und der Patient eine echte Wahlmöglichkeit hat...

Solange eine bewährte und mit vergleichsweise geringem Risiko behaftete Untersuchungsmethode zur Verfügung steht, braucht der Arzt den Patienten nicht von sich aus über andere, neuartige Verfahren zu unterrichten, die erst nach einem längeren Zeitraum auch für seinen Fall zusätzlich oder alternativ in Betracht kommen können...

Solange das Krankenhaus und der behandelnde Arzt davon ausgehen dürfen, daß der personelle und apparative Standard ausreicht..., ist die Forderung nach einer Aufklärung über die neuesten Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft oder über solche Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten, die erst in wenigen Spezialkliniken erprobt und durchgeführt werden, überzogen ... "

Die obige Entscheidung zeigt, daß zwischen Vorfall und Publikation über neun Jahre lagen, so daß die Frage nach der CTG inzwischen kein Thema mehr ist. Man könnte derzeit allenfalls eine teilweise Analogie zur Kernspintomographie herstellen.

4.1 In der Regel ist der Arzt verpflichtet, den Patienten über die Krankheit, die Art und den voraussichtlichen Verlauf des Eingriffs, die Gefahren der Therapie sowie des unbehandelten Leidens aufzuklären.

4.2 Maßstab für den Umfang der Aufklärung muß sein, was ein verständiger Patient in seiner Situation unter Berücksichtigung aller konkreten Umstände vermutlich wissen möchte.

4.3 In einigen BGH-Entscheidungen wird deutlich, daß "verständig" soviel wie "vernünftig" heißt. So lautet ein Leitsatz des Urteils vom 16.11.1971 (35):

> " Die Pflicht des Arztes zur Aufklärung über die Möglichkeit schädlicher Folgen eines Eingriffs ist um so weitgehender, je weniger der Eingriff aus der Sicht eines vernünftigen Patienten vordringlich oder geboten erscheint; daher kann sich nach den Umständen eine Aufklärungspflicht auch ergeben, wenn die Wahrscheinlichkeit erheblicher Folgen des Eingriffs zahlenmäßig sehr gering ist ... "

4.4 In der Rechtsprechung des BGH, wie z.B. im Urteil vom 7.2.1984 (36), wird immer wieder betont, daß sowohl über das Wesen des Eingriffs als auch über "nicht ganz außer Wahrscheinlichkeit liegenden Risiken" in der Regel nur "im großen und ganzen" aufzuklären ist.

4.5 Ein weiteres wesentliches Kriterium für den Umfang der Aufklärung liegt darin, daß der BGH, etwa im Urteil vom 28.2.1984, häufig auf die Sicht, den Blickwinkel, das Interesse des medizinischen Laien abstellt, insbesondere soweit dieser vom Eintritt einer Komplikation unter Berücksichtigung aller Umstände überrascht werden würde (31).

4.6 Schließlich ist der Umfang der Aufklärung umgekehr proportional zur Dringlichkeit des Eingriffs. Je dringender der Eingriff, desto geringer sind die Anforderungen an den Umfang der Aufklärung. Je weniger dringlich der Eingriff (nur zweckmäßig, zur Linderung oder gar nur kosmetisch), desto größer sin die Anforderungen.

4.7 Dabei hat die "Dringlichkeit" zwei Komponenten, nämlich die sachlich-medizinische, evtl. vitale Indikation und die "zeitliche Maßgabe", also die mehr oder weniger große Aufschiebbarkeit des Eingriffs. Beide Aspekte werden meist, aber nicht immer, zusammenfallen und sind entsprechend zu beachten (37).

4.8 Ein weiterer gewichtiger Parameter für den Umfang der Aufklärung ist die Schwere der Schädigung, die möglicherweise und unvermeidbar durch den Eingriff eintreten kann. Handelt es sich etwa nur um eine vorübergehende Beeinträchtigung (z.B. Schmerzen,38), genügt ein kurzer allgemein gehaltener Hinweis. So führt der BGH in einem Urteil vom 28.2.1984 (31) wörtlich aus:

> " In Grenzen gibt dem Patienten schon die Aufklärung darüber, daß an ihm eine größere Operation durch Bauchschnitt vorgenommen werden soll, die Vorstellung davon, daß es hierbei zu Verletzungen kommen kann, die vorübergehend seine Befindlichkeit beeinträchtigen... Maßgebend ist, daß der Patient von der Möglichkeit derartiger Beeinträchtigungen ... nicht schon durch die Aufklärung über die Art des Eingriffs eine wenn auch nur allgemeine Vorstellung erhält, und daß das Wissen von solchen möglichen Auswirkungen für seine Einwilligung in die Operation auch dann nicht als von untergeordneter Bedeutung angesehen werden kann, wenn der Eingriff, wie hier, zur Beseitigung der aufgetretenen Blutungen, absolut indiziert ist ..."
> - (Ureterverletzung bei abdominaler Hysterektomie) -

Andererseits ist eine Aufklärung bei drohenden Dauerschäden je nach Schweregrad umfassender zu erteilen.

4.9 Ein nicht unwichtiges - auch umstrittenes - Kapitel ist die Frage der Aufklärung samt Einwilligung zu einer möglichen Operationserweiterung. Über vorhersehbare Erweiterungen bzw. dem Abweichen vom ursprünglichen Operationsplan ist selbstverständlich, wenn auch nur "in groben Zügen, im allgemeinen, im großen und ganzen", aufzuklären, und zwar unter Berücksichtigung der oben aufgeführten Gesichtspunkte. Über allgemeine Möglichkeiten irgendwelcher Komplikationen muß nicht besonders aufgeklärt werden, weil diese auch dem medizinischen Laien bekannt sind.

Soweit Komplikationen eintreten, über deren Möglichkeit, wenn auch nur ganz allgemein oder im Rahmen der obigen BGH-Entscheidung aufgeklärt wurde, war eine Belehrung und Einwilligung zur Operationserweiterung gleichfalls nicht erforderlich. Meist wird im Aufklärungsgespräch oder in vorbereitenden Merkblättern der sog. Basisaufklärung schon darauf hingewiesen, daß derartige Komplikationen "weitgehend beherrschbar" (o.ä.) sind, was naturgemäß entsprechende Gegenmaßnahmen, also eine Operationserweiterung, impliziert und bereits aufgrund des Behandlungsvertrags vom Patienten gewollt ist.

Beruht die Nichtvorhersehbarkeit einer Operationserweiterung auf einer schuldhaft mangelhaften Diagnostik, so liegt darin bereits ein Behandlungsfehler, der u.U. (Kausalität?) zu haftungsrechtlichen Konsequenzen führen kann.

In einem Urteil des BGH vom 2.11.1976 (41) lautet der Leitsatz, der wegen befürchteter Verallgemeinerungen zu kritischen Äußerungen geführt hat:

> " Der Arzt, der während der Operation auf ein erhöhtes Operationsrisiko stößt, muß den Eingriff abbrechen, wenn er für seine Fortsetzung mangels Aufklärung darüber keine wirksame Einwilligung des Patienten hat und die Operation ohne dessen Gefährdung unterbrochen oder abgebrochen werden kann, um die Einwilligung nachzuholen."

Im zitierten Fall war die "überwiegend diagnostische Operation" am Ohr nur in örtlicher Betäubung ausgeführt worden, was sicherlich für die Verurteilung des Arztes eine Rolle gespielt hat. Aus den Urteilsgründen sind folgende Ausführungen von allgemeiner Bedeutung:

> " Allerdings mag es Fälle geben, in denen der Arzt die Einwilligung des Patienten voraussetzen kann, weil von ihm im Einzelfall vernünftigerweise unter Berücksichtigung der Belastungen, die ein wiederholter Eingriff für ihn bringen könnte, selbst bei Kenntnis des erhöhten Risikos keine

andere Entscheidung erwartet werden kann, als die, daß er die Fortsetzung der Operation wünschen werde. Ein Abbruch der Operation wird deshalb dann nicht in Betracht kommen, wenn dies den Patienten zumindest ebenso gefährden würde, wie das Risiko, das in der Fortsetzung des Eingriffs liegt, wenn also der Abbruch der Operation medizinisch kontraindiziert ist... "

Richtungweisend ist auch das häufig zitierte und akzeptierte Urteil des OLG Frankfurt vom 10.2.1981 (42) mit dem Leitsatz:

" Muß infolge eines nicht schuldhaften präoperativen Diagnoseirrtums erst während der Operation der ursprüngliche Operationsplan so erweitert werden, daß der nunmehr vorgenommene Eingriff nicht mehr von Aufklärung und Einwilligung des Patienten gedeckt ist, so ist der Arzt auch ohne akute vitale Indikation zur Operationserweiterung berechtigt, wenn

a) der neue Befund nach allen im Zeitpunkt der Operation möglichen medizinischen Erkenntnissen ohne die beabsichtigte Änderung des Operationsplans mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit zum Tode des Patienten in absehbarer Zeit führen müßte,

b) bei Abbruch der Operation - zum Zwecke der erweiterten Aufklärung - ernsthaft mit zusätzlichen, gefährlichen Komplikationen gerechnet werden müßte, die bei sofortiger Operationserweiterung nicht entstünden,

c) ein der Operationserweiterung entgegenstehender Wille des Patienten wegen der Lebensbedrohlichkeit des neuen Befundes ernsthaft nicht zu erwarten wäre. "

Franzki, u.a. auch über 15 Jahre Vorsitzender des "Arztsenats" am OLG Celle, empfiehlt zurecht, vorsorglich eine möglichst weitgehende Einwilligung des Patienten auch für einen geänderten oder erweiterten Eingriff einzuholen (43).

4.10 Die Aufklärung kann nach der Rechtsprechung nur ausnahmsweise kontraindiziert sein, wenn der Patient körperliche oder psychische Schäden davontrüge, ein wichtiges und heiß umstrittenes Thema im Rahmen der ärztlichen Aufklärungspflicht.

Am großzügigsten ist hier die Rechtsprechung bei der reinen Befund- bzw. Diagnoseaufklärung, die - z.B. bei Krebs - entfallen kann, wenn der Arzt das für erforderlich hält und der Patient hierzu keine ausdrücklichen Fragen stellt.

Bei der Risikoaufklärung dagegen ist die höchstrichterliche Rechtsprechung besonders streng. So führt der BGH in einem Urteil (39) aus, daß eine volle Information des Patienten dann nicht verlangt werde, "wenn durch sie das Leben oder die Gesundheit des Patienten ernstlich gefährdet werden würden". Ähnlich wird in einem anderen BGH-Urteil (40) formuliert:

> "... Läßt sich aber, um die Einwilligung des Kranken in eine notwendige Behandlung zu erhalten, die Bekanntgabe des Krebsbefundes nicht vermeiden, so darf der Arzt hiervor nicht zurückschrecken. Nur in dem besonderen Falle, daß die mit der Aufklärung verbundene Eröffnung der Natur des Leidens zu einer ernsten und nicht behebbaren Gesundheitsschädigung führen würde, könnte ein Absehen von der Aufklärung gerechtfertigt sein ...
>
> ... ist der Ansicht ... beizutreten, daß der Arzt auch bei Krebserkrankungen in der Regel nicht davon befreit ist, den Patienten über die besonderen Gefahren einer Strahlenbehandlung aufzuklären ... "

4.11 Das wohl umstrittenste "Rasterfeld" der zahlreichen, sich teils überlagernden Gesichtspunkte für den Umfang der Aufklärung ist die sog. typische Gefahr in Verbindung mit der Komplikationsdichte, zwei Komponenten, die meines Erachtens nicht isoliert als Kriterien behandelt werden können. In letzter Zeit verwendet der BGH zunehmend Begriffe wie "spezifische Gefahr" oder "eingriffsspezifisch" oder "Gefahr, die dieser Operation e i g e n" oder hierfür "bezeichnend" ist. So führt das Gericht in einem Urteil vom 7.2.1984 (44) u.a. aus:

> " Zwar mußten ihr nicht die Risiken in allen denkbaren Erscheinungsformen aufgezählt werden, aber ihr mußte eine allgemeine Vorstellung von der Schwere des Eingriffs und den spezifisch mit ihm verbundenen Risiken vermittelt werden, insbesondere soweit diese, wenn sie sich verwirklichten, ihre Lebensführung schwer belasten müßten und sie mit ihnen nach der Natur des Eingriffs nicht rechnen konnte".

Der BGH versteht also unter den "typischen" oder "spezifischen" Gefahren solche Komplikationsmöglichkeiten, die - wenn auch sehr selten - gerade bei dem konkreten Eingriff in Betracht kommen, ihm "eigen" sind, nicht aber bei anderen Behandlungsarten. Eine nähere Definition ist nicht ersichtlich und m.E. auch nicht möglich. Mehr aus dem Extrembereich der "anderen Behandlungsarten" wird ausgeführt, daß unter diese Typizität" nicht Folgeschäden fallen, die auf eine unglückliche Verkettung vorhersehbarer Umstände zurückzuführen sind und überdies so selten eintreten, daß sie als atypisch angesehen werden müssen.

Zur Komplikationsdichte hat es der BGH meist abgelehnt, sich auf bestimmte Prozentzahlen festzulegen. Soweit annähernd brauchbare statistische Unterlagen zur Verfügung stehen (45), hat das Gericht maßgeblich auf die konkreten Umstände des Einzelfalls abgestellt, nämlich den Zustand des Patienten, die Standards der betreffenden Klinik und nicht zuletzt die Erfahrung und das Können des behandelnden Arztes bzw. des Operateurs.

Vor diesem Hintergrund hat der BGH eine Aufklärungspflicht zunehmend auch bei sehr seltenen Komplikationen grundsätzlich gefordert, sofern es sich um diese sog. typischen, spezifischen Risiken handelt:

a) Im sog. zweiten Elektroschockurteil vom 9.12.1958 (46) ist noch "großzügig" ausgeführt:

> "... denn auch über typische Schäden einer Behandlung bedarf es keiner Belehrung, wenn sie nur in entfernt seltenen Fällen auftreten und anzunehmen ist, daß sie bei einem verständigen Patienten für seinen Entschluß, in die Behandlung einzuwilligen, nicht ernsthaft ins Gewicht fallen. Das träfe aber jedenfalls dann zu, wenn im Jahre 1954 bei Verwendung des Siemend-Convulsators III nur noch in weniger als einer von tausend Schockbehandlungen Komplikationen aufgetreten sind. In einem solchen Fall kommt eine Aufklärung nur in Betracht, wenn der Patient ausdrücklich nach etwaigen Gefahren fragt."

b) Aus den Gründen des BGH-Urteils vom 4.11.1975 (47) ergibt sich, daß selbst bei extrem seltenen Zwischenfallrisiken - 1 : 1 000 oder 1 : 2 000 - "die Entscheidungsfreiheit des Patienten gewahrt" werden muß, also grundsätzlich aufzuklären ist.

c) Zu einem weiteren "typischen Zwischenfall" (Verletzung des nervus facialis bei einer Mittelohroperation) bejaht der BGH mit Urteil vom 22.4.1980 (48) die Aufklärungspflicht bei einer "Komplikationsdichte von 1 : 2 000 ".

d) Im Beschluß des BGH vom 21.9.1982 geht das Gericht noch weiter und führt aus:

"... über die allgemeine Gefährlichkeit einer (hier bedingt durch die "schonende" Ausführung der Mammaablation zwangsläufig intensiven) therapeutischen Röntgenbestrahlung muß der Patient grundsätzlich aufgeklärt werden. Dabei spielt es keine Rolle, daß gerade die hier eingetretene Komplikation (Schädigung des Armplexus) nach den Feststellungen des Berufungsgerichts nur mit der Wahrscheinlichkeit von 1 : 10 000 auftreten soll ..."

e) Abschließend soll noch aus dem rein zahlenmäßig bisher extremsten Fall (Rektoskopie mit Darmperforation im BGH-Urteil vom 8.2.1984 (38) zitiert werden:

" ... Deshalb entfällt die Aufklärungspflicht über ein solches Risiko nicht schon ohne weiteres deswegen, weil die statistische Komplikationsrate nach den Erklärungen des Sachverständigen Prof.B. in der Literatur nur mit etwa 1 : 10 000 bis 1 : 20 000 angegeben wird ... "

4.12 Besonders strenge Anforderungen werden vom BGH meist bei diagnostischen Eingriffen gestellt, wozu auch der letztgenannte Fall zählt. Das Gericht betont, daß damit zugleich einem diagnostischen Perfektionismus vorgebeugt wird (50).

Hierzu soll - auch für andere Aufklärungskriterien bedeutsam - aus dem Urteil des OLG Düsseldorf vom 30.6.1983 zu einer "Vertebralis-Angiographie" etwas

ausführlicher zitiert werden, zumal gerade Angiographie-Zwischenfälle die Gerichte in den letzten Jahren wiederholt beschäftigt haben. Der BGH hat mit Beschluß vom 3.4.1984 die Annahme der Revision abgelehnt (51).

" ... Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung sind bei diagnostischen Eingriffen ohne therapeutischen Eigenwert allgemein strengere Anforderungen an die Aufklärung ... zu stellen, obwohl nicht übersehen werden darf, daß die Wichtigkeit diagnostischer Eingriffe sehr verschieden sein kann. Auch sie sind mitunter dringend, ja sogar vital oder bedingt vital indiziert...

Ist der Diagnoseeingriff nicht dringend indiziert, sondern allenfalls vertretbar, sind aber die mit dem Eingriff verbundenen Risiken verhältnismäßig hoch und schwerwiegend, dann muß der Entschluß zur Durchführung des Eingriffs in besonderem Maße dem Patienten anheimgegeben werden...

Es kann grundsätzlich nicht Sinn der ärztlichen Aufklärung sein, nach Art einer medizinischen Vorlesung verschiedene mögliche Komplikationsfolgen den unterschiedlichen Komplikationsursachen zuzuordnen und dabei auch noch die Risiken im einzelnen in ihrer größeren oder entfernteren Wahrscheinlichkeit aufzuweisen... Es muß grundsätzlich genügen, den Patienten darauf hinzuweisen, daß mit dem Eingriff erhebliche Risiken verbunden sein können ... Es genügt, daß dem Patienten die Gefährlichkeit des Eingriffs, in den er einwilligt, im großen und ganzen bewußt ist... Es konnte unter diesen Umständen von ihm erwartet werden, daß er weitere Einzelheiten ... von sich aus erfragte..."

Hat der diagnostische Eingriff aber zugleich eine therapeutische Bedeutung, so richtet sich der Umfang der Aufklärung nach den therapeutischen Gegebenheiten. Wegen näherer Einzelheiten und Beispiele hierzu kann auf den Aufsatz von Eisenmenger/Spann verwiesen werden (14).

4.13 Soweit gleichwertige alternative Behandlungsmethoden zur Verfügung stehen, hat der Arzt grundsätzlich die sog. Methodenfreiheit. Aus BGH-Urteil v. 11.5.1982 (52):

" ... Er ist, sofern es mehrere, gleich erfolgversprechende und übliche Behandlungsmöglichkeiten gibt, nicht stets verpflichtet, dem Patienten alle medizinischen Möglichkeiten darzustellen und seine Wahl ihm gegenüber zu begründen ... "

Etwas anderes gilt bei unterschiedlichen Risiken, wozu auf die unter Ziff.4 (S.17) zitierten Ausführungen im Urteil vom 28.2.1984 (34) Bezug genommen werden kann.

4.14 Bezüglich der Aufklärung über die Gefahren einer Anästhesie genügt in der Regel ein allgemeiner Hinweis am Vorabend der Operation im Rahmen der sog. Prämedikationsvisite, insbesondere wenn eine Vollnarkose in Betracht kommt. Ausnahmen bei einem erhöhten Narkoserisiko (Alter des Patienten, reduzierter Allgemeinzustand, Koronarinsuffizienz u.a.) brauchen hier nicht vertieft zu werden. Zur gravierenden Problematik der Parallelnarkose im Spannungsfeld zwischen ärztlicher Sorgfaltspflicht und der mißlichen personellen Situation aufgrund alter, längst überholter Stellenpläne sowie bezüglich der Zuständigkeitsabgrenzung zwischen Chirurg und Anästhesist - auch für die Aufklärung - sei auf das Urteil des BGH vom 30.11.1982 (53) und die einschlägigen Aufsätze von Weißauer und Opderbecke verwiesen (54).

Aufklärungspflichtig ist, wie schon oben (Z. 4.13) grundsätzlich dargelegt, die echte Alternative zwischen einer Vollnarkose und einer Lokalanästhesie. Hierzu aus dem Urteil des BGH vom 12.2.1974 (55):

" Leitsatz: Entschließt sich ein Arzt bei einem chirurgischen Eingriff am Zwölffingerdarm anstelle der Narkose zu einer Periduralanästhesie, dann hat er in der Regel den Patienten auch über diesen Eingriff und dieses Verfahren aufzuklären."

Aus den Gründen: "Gewiß kann bei einem Durchschnittspatienten heute die Kenntnis vorausgesetzt werden, daß ein schwerwiegender Eingriff wie hier die Magenoperation nur unter Maßnahmen der Schmerzausschaltung erfolgen wird, und wohl auch, daß diese Maßnahme wie jeder bedeutendere ärztliche Eingriff seine Risiken hat... Da aber nicht festgestellt ist, daß bei dem Kl. jemals die in Laienkreisen meist unbekannte PDA angewandt worden war ... "

4.15 Sehr strenge Anforderungen an den Umfang der Aufklärungspflicht stellt die Rechtsprechung bei rein kosmetischen Operationen. Wegen näherer Einzelheiten kann auf die einschlägige juristische Dissertation von Schuck verwiesen werden (10).

Zur Judikatur der letzten Jahre soll auch hier das im Schrifttum häufig erwähnte Urteil des OLG Hamburg vom 5.3.1982 (56) zitiert werden:

> Leitsatz: "Muß bei einer kunstgerecht ausgeführten kosmetischen Operation mit dem Auftreten breiter und deutlich sichtbarer Narben gerechnet werden, so gehört es zur Aufklärungspflicht des Chirurgen, dem Patienten an Hand von Fotografien zu verdeutlichen, mit welchem Ergebnis er zu rechnen hat."
>
> Aus den Gründen: "... so muß der Patientin, die entsprechend der in Laienkreisen allgemein herrschenden Vorstellung "haarfeine, kaum sichtbare Narben" erwartet ..., mit schonungsloser Offenheit und Härte demonstriert werden, mit welcher Verstümmelung ihres Körpers sie in Wahrheit zu rechnen hat... Eine Frau, die lediglich ihre äußere Erscheinung als ungenügend empfindet, muß durch vollständige und schonungslose Aufklärung in den Stand versetzt werden, aufgrund ihrer eigenen Sachkunde zu beurteilen, ob sie den durch die Operation erreichbaren Zustand dem bisherigen wirklich vorzieht. Diese Entscheidung erfordert nicht nur eine verstandesmäßige, sondern auch eine entsprechende emotionale Grundlage, die niemals allein durch sprachliche - seien es mündliche oder schriftliche - Umschreibungen, sondern nur durch Bilder vermittelt werden kann, auf denen der zu erwartende Endzustand des operierten Körpers mit den ausgeheilten Narben nüchtern und hart zu sehen ist. "

4.16 Große Verwirrung im Bereich der Chirurgie hat das Urteil des OLG Köln vom 6.8.1981 (57) ausgelöst, das sich mit der sog. Anfängeroperation befaßt. Für das Gericht genügte bei einer Lymphknotenexstirpation nicht die Aufklärung über die mögliche Schädigung des N. accessorius; der Patient sollte darüber hinaus auch erfahren, daß der Operateur in Facharztausbildung noch nie vorher und eine etwa vergleichbare Operation erst ein- oder zweimal selbst ausgeführt hat. Das gelte sogar, wenn der operierende Assistenzarzt den Eingriff unter Aufsicht und Leitung eines Ausbilders vornehme, wobei diese Tatsache dem Patienten allerdings - zur Beruhigung - mitgeteilt werden sollte.

Erfreulicherweise hat der BGH in seiner Revisionsentscheidung vom 27.9.1983 (58) die Maßstäbe wieder zurechtgerückt und festgestellt:

> "... steht im Vordergrund nicht die mangelnde Aufklärung des Patienten über sein dadurch gesteigertes Operationsrisiko. In erster Linie liegt vielmehr in einer solchen Maßnahme, wenn sie den Patienten zusätzlich gefährden kann, ein Verstoß gegen die bei der Behandlung des Patienten geschuldete ärztliche Sorgfaltspflicht; in diesem Sinne steht ein ärztlicher Behandlungsfehler in Frage... Dieser fällt zunächst einmal dem für die Einteilung des Assistenzarztes verantworlichen Arzt zur Last...
>
> Allerdings lassen sich insoweit keine generellen Verhaltensregeln aufstellen, etwa zu Art und Anzahl vorangegangener Assistenzen... Immer muß der Standard eines erfahrenen Chirurgen gewährleistet sein... In keinem Fall werden sich Krankenhausträger und Ärzte darauf berufen dürfen, ein Mangel an ausreichend ausgebildeten Fachärzten zwinge zum Einsatz auch relativ unerfahrener Assistenzärzte... "

Zur etwaige Mithaftung des Assistenzarztes - insoweit wurde die Sache an das OLG zurückverwiesen - führt der BGH u.a. aus:

> "Erkennt er oder hätte er erkennen müssen, daß der Patient,... einem höheren Gesundheitsrisiko ausgesetzt ist, darf er nicht gegen sein ärztliches Wissen und gegen bessere Überzeugung handeln und die Anweisungen des übergeordneten Facharztes befolgen. Ihm ist zuzumuten, dagegen seine Bedenken zu äußern und notfalls eine Operation ohne Aufsicht abzulehnen.
>
> Er mag ferner, wenn es nicht anders geht, den Patienten über die Sachlage informieren, um diesem Gelegenheit zu geben, seine Einwilligung zu dem Eingriff zu verweigern (nur in diesem Rahmen kommt eine Pflicht zur Information des Patienten in Betracht). Das muß auch dann gelten, wenn er, was sicher nicht fernliegt, sich dadurch möglicherweise Schwierigkeiten für sein Fortkommen aussetzen sollte.."

4.17 Der Umfang der gebotenen Aufklärung ist selbstverständlich größer bei bestimmten beruflichen Aspekten: z.B. Handoperation bei einem Klaviervirtuosen, Kropfoperation bei einer Sängerin u.ä.

4.18 Eine Aufklärungspflicht besteht ferner bezüglich einer im Vergleich zur stationären Aufnahme kostengünstigeren und überdies den Patienten meist weniger belastenden ambulanten Behandlung, wozu in jüngerer Zeit zunehmend einschlägige Urteile veröffentlicht wurden (59). Denn auch im Kostenbereich gilt der allgemeine Grundsatz: Soviel ambulant wie möglich, so wenig stationär wie nötig.

4.19 In zahlreichen Urteilen des BGH findet sich der sinngemäße Hinweis, der Arzt dürfe beim Aufklärungsgespräch bezüglich der Risiken weder übertreiben, also unnötig verunsichern und verängstigen, was sogar einem Behandlungsfehler gleich kommen könnte; noch dürfe er die Risiken bagatellisieren, so daß sie für den Laien gar nicht mehr als solche erkennbar seien.

4.20 Falls der Arzt nicht oder nicht hinreichend bzw. nicht nachweisbar aufgeklärt hat, steht ihm nach ständiger Rechtsprechung immer der Einwand der fehlenden Kausalität seines "Unterlassens" offen, also die Behauptung, der Patient hätte auch bei gehöriger Aufklärung in den Eingriff eingewilligt. Allerdings trifft den Arzt auch für diese hypothetische Willensentscheidung des Patienten die Beweislast. Dabei kann er sich keinesfalls auf die mutmaßliche Einwilligung eines "verständigen Patienten" berufen. Vielmehr muß auch eine medizinisch unvernünftige Entscheidung des Patienten für dessen Weigerung grundsätzlich respektiert werden. So schreibt der BGH noch im Urteil vom 7.2.1984 (Querschnittslähmung nach Bestrahlung; 60):

> " ... Auch bei vitaler Indikation eines Eingriffs verlangt das Selbstbestimmungsrecht des Patienten, daß sein Arzt ihm die Möglichkeit läßt, über den Eingriff selbst zu entscheiden und ihn gelegentlich abzulehnen, auch wenn welcher Entschluß medizinisch unvernünftig ist ...
>
> ... haben die Beklagten diesen Nachweis zu führen, und es sind an ihn grundsätzlich strenge Anforderungen zu stellen, damit auf diesem Wege das Aufklärungsrecht des Patienten nicht unterlaufen wird.

> ... sind seine persönlichen Gründe für eine solche Ablehnung zu respektieren. Insoweit kann an sie kein generalisierender Maßstab, etwa der eines verständigen Patienten oder gar die Sicht des Arztes angelegt werden ... "

Auf die jüngsten Bemühungen des BGH, diese Beweisnot des Arztes durch eine gewisse Darlegungspflicht des Patienten zu erleichtern, soll später bei der kritischen Auseinandersetzung mit der Rechtsprechung näher eingegangen werden (Ziff. 10.4).

Die oben angeführten, sich teils überlagernden "Regeln und Grundsätze" der Rechtsprechung zeigen, daß sie nicht isoliert betrachtet werden dürfen, sondern naturgemäß zueinander in vielschichtigen Wechselbeziehungen und -wirkungen stehen. Neben anderen Autoren weisen auch Kern-Laufs (61) auf die Schwierigkeiten hin, allgemeine und umfassende Regeln aufzustellen. Zutreffend zitieren sie in diesem Zusammenhang als Beispiel aus einem Urteil des BGH vom Jahre 1976:

> " Die Vielfältigkeit der individuellen Gegebenheiten im Verhältnis zwischen Arzt und Patient bewirkt, daß sich ein Urteil darüber, ob der Arzt seiner Aufklärungspflicht genügt hat ... nur in Würdigung der gesamten Umstände bilden läßt".

Auf die Konsequenzen, die aus dieser "Rechtswirklichkeit" gezogen werden sollten, ist gleichfalls noch später im "kritischen Teil" dieser Arbeit näher einzugehen (vgl. auch Ziff.1.5, Seite 4 und Ziff.12).

Zur "Gratwanderung" des aufklärungspflichtigen Arztes ließen sich noch zahlreiche "Varianten" anführen wie: Verzicht auf eine Aufklärung; Verweigerung der Behandlung; Arbeitsteilung innerhalb des Ärzteteams bzw. verschiedener Abteilungen; Aufklärung Minderjähriger u. Willensunfähiger, Rechtszeitigkeit der Aufklärung u.a. Auf eine solche lehrbuchartige Darstellung muß jedoch verzichtet werden, zumal hierzu, wie oben unter Ziff.4 (Seite 16) zitiert, bereits hervorragende Publikationen vorliegen.

5 Die Problematik der ärztlichen Aufklärungspflicht in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (Z M K)

Die Rechtsgrundlage für eine Haftung wegen Verletzung der ärztlichen Aufklärungspflicht wurde bereits oben (Ziff.3) kurz dargelegt und auf Meinungsverschiedenheiten bezüglich der Zahnprothetik hingewiesen (Ziff.3.4; S.14). Eine wesentliche Klärung der lange umstrittenen Rechtsfrage, inwieweit bei der zahnärztlichen Tätigkeit im prothetischen Bereich ausnahmsweise Werkvertragsrecht anzuwenden ist, brachte das Urteil des BGH vom 9.12.74 (62). Danach ist der auf eine zahnprothetische Behandlung gerichtete Vertrag grundsätzlich ein Dienstvertrag. Eine Ausnahme gilt für die technisch fachgerechte Herstellung von Zahnersatz, z.B. von Zahnprothesen, wobei eine Haftung nach Werkvertragsrecht auch ohne Verschulden mit einer nur sechsmonatigen Verjährungsfrist in Betracht käme, gleichgültig ob diese technische Anfertigung mit geeignetem Material vom Zahnarzt oder - wie in der Regel - vom Zahntechniker ausgeführt wird.

Beachtung aus der neueren obergerichtlichen Rechtsprechung verdient hierzu vor allem das Urteil des OLG Zweibrücken vom 10.3.1983 (63), in dem zurecht festgestellt wird, daß es sich bei einer zahnprothetischen Behandlung, selbst wenn sie nicht Heilzwecken dient, sondern nur zur Verschönerung des Gebisses erfolgt, um eine Dienstleistung handelt, also um einen Vertrag über Dienste höherer Art i.S. der §§ 611 ff., 627 BGB. Sehr treffend führt das OLG u.a. aus:

> "... Er kann nicht zusagen, den ... gewünschten Enderfolg herbeizuführen ... hängt nicht nur von seiner ärztlichen Fähigkeit ab.... auch Fakten, die der Arzt nur beschränkt beeinflussen kann,

so etwa die physische und pychische Konstitution des Patienten. Denn auch Zähne sind organische Bestandteile des Körpers... Schon bei dem einem Anpassen der prothetischen Teile vorangehenden Beschleifen der Zähne kann es zu Komplikationen kommen. Es kann sich z.B. herausstellen, daß einer oder mehrere Zähne aus organischen Gründen nicht mehr zur Überkronung geeignet sind; oder es kann trotz Einhaltung aller Vorsichtsmaßnahmen zu entzündlichen Prozessen am Zahn oder Zahnfleisch kommen ... (vgl. auch 64).

Besteht dagegen ausnahmsweise eine besondere Absprache zwischen Arzt und Patient im Rahmen der Vertragsfreiheit oder garantiert beispielsweise der Zahnarzt den einwandfreien Sitz des Zahnersatzes, so wird man von einem Werkvertrag ausgehen müssen (65).

Das ständige Ansteigen der Haftpflichtprozesse gegen Ärzte und Krankenhausträger wird allgemein beklagt, und zwar nicht nur von Ärzten, sondern auch von Richtern. Dies gilt verstärkt für die erschreckende und überproportionale Zunahme der "Aufklärungsrügen" als weitere Haftungsgrundlage.

Bei der Rechtsfrage der ärztlichen Aufklärungspflicht sind in der Regel auch die Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen machtlos, die sonst bei Behandlungsfehler-Vorwürfen schon im forensischen Vorfeld zahlreiche Streitigkeiten kostengünstig, sachverständig und gütlich beilegen.

Teilweise machen die Patienten bzw. ihre Anwälte nicht einmal mehr den Versuch, einen Behandlungsfehler zu behaupten und in groben Zügen zu substantiieren, sondern stützen dann ihren Anspruch, vor allem auf Zahlung von Schmerzensgeld, ausschließlich auf eine angebliche Verletzung der Aufklärungspflicht, selbstverständlich in Kenntnis der Tatsache, daß die ordnungsgemäße Aufklärung allein der Arzt zu beweisen hat, während beim Behandlungsfehler (früher Kunstfehler genannt) einschließlich der Ursächlichkeit für den konkreten Schaden grundsätzlich der Patient beweispflichtig ist.

Auch im Bereich der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (ZMK) wird ein laufendes Ansteigen der Haftpflichtprozesse und der gegenüber Versicherungen geltend gemachten Haftpflichtansprüche festgestellt. Allerdings sind bezüglich der Aufklärungspflicht bisher nur relativ wenige Gerichtentscheidungen publiziert worden (66). Dies beruht einmal darauf, daß hier im Verhältnis zu dem außerordentlich weiten Feld der Humanmedizin zahlenmäßig erheblich weniger operative Eingriffe von einigem Gewicht vorgenommen werden. Zum andern dürfte der in der Regel geringere Streitwert - auch hinsichtlich eines etwaigen Schmerzensgeldes - eine wesentliche Rolle spielen, wobei die Amtsgerichte derzeit schon bis zu einem Streitwert von DM 5 000 zuständig sind und dann der Rechtszug bereits beim Landgericht in zweiter und letzter Instanz endet.

Gleichwohl kann unter den oben (Z.1.7; S.6) angeführten Gründen davon ausgegangen werden, daß in absehbarer Zeit auch auf dem Gebiet der Z M K zunehmend die Aufklärungsrüge als weiterer Haftungsgrund erhoben wird, nicht zuletzt im Hinblick auf die teils extrem strenge Rechtsprechung des BGH, nach der über sog. typische Risiken sogar bei einer Komplikationsrate von 0,01 bis 0,005 % grundsätzlich aufzuklären ist. Bei dieser für Zahnärzte, Kieferorthopäden und vor allem Kieferchirurgen rechtlich bedrohlichen Perspektive erscheint es angezeigt, die Thematik der Aufklärungspflicht auch für das Gebiet der Z M K näher zu beleuchten.

Ohne Anspruch auf Vollständigkeit sollen im folgenden eine Reihe von Fallgestaltungen aufgezeigt werden, bei denen eine Aufklärungspflicht teils unstreitig zwingend geboten, teils empfehlenswert und teils wenigstens diskutabel ist.

5.1 Prothetik

Sicher zurecht weist Hupfauf für das Gebiet der Prothetik auf überaus häufige Schuldvorwürfe hin, die auf eine ungenügende Aufklärung über die vorgesehene prothetische Konstruktion, ihren funktionellen und kosmetischen Effekt und die finanzielle Belastung gestützt werden. Er schlägt deshalb vor, die Planung mit dem Patienten anhand von Modellen eingehend zu diskutieren und - je nach der Entscheidung des Patienten - ein evtl. notwendig werdendes Überschreiten des Kostenvoranschlags (meist liegt schon ein sog. Heil- und Kostenplan mit der Unterschrift des Patienten vor) sich schriftlich bestätigen und genehmigen zu lassen (67).

Gerade bei einer prothetischen Versorgung nach Sonderwünschen des Patienten außerhalb des üblichen Rahmens ist eine Dokumentation der Aufklärung (Aufklärungsgespräch, Fotos, Modelle u.a.) zur eigenen rechtlichen Absicherung erforderlich (68).

Das gleiche gilt bei einer risikoreichen Behandlung auf Wunsch des Patienten wie etwa bei der Einbeziehung nicht sicher erhaltungswürdiger Zähne in einen Zahnersatz.

Bestehen "Alternativlösungen", muß der Patient grundsätzlich über alle Vor- und Nachteile aufgeklärt und in die entsprechende "Entscheidungslage" versetzt werden (69), was natürlich nicht nur für die Prothetik gilt (70).

Falls ein Abdruck über einem gelockerten, parodontal geschädigten Zahn erforderlich wird, sollte nach der zutreffenden Ansicht von Vogel auch darüber aufgeklärt werden, daß hierbei dieser Zahn luxiert werden kann (71).

Bei der Präparation eines Zahnes zum Brückenpfeiler muß auf den möglichen Verlust der Pulpa und die entsprechenden Folgen hingewiesen werden, wie z.B. die Notwendigkeit einer Wurzelspitzenresektion, einer Wurzelkanalbehandlung, evtl. sogar eine Extraktion (72). Da Zement meist pulpentoxisch ist, kann es auch n a c h dem endgültigen Zementieren eines Ersatzes zu einem, dann u.U. unbemerkten Verlust der Vitalität kommen, wobei sich eine chronische Parodontitis nicht ausschließen läßt. Dies ist auch bei sehr sorgfältiger Arbeitsweise nicht immer zu vermeiden. So halten u.a. deswegen ca. 10 % aller Kronen- und Brückenkonstruktionen nur etwa 10 Jahre (73). Überhaupt liegt es ganz allgemein im Interesse des Patienten, ihn zumindest in groben Zügen (BGH: im großen und ganzen) über die ungefähre Lebensdauer der verschiedenen Konstruktionen (Brücken, Teil-, Vollprothesen usw.) zu informieren u n d ihm regelmäßige Nachkontrollen dringend zu empfehlen (63).

Läßt es sich nicht vermeiden, marktote Zähne in eine prothetische Konstruktion einzubeziehen, so muß m.E. über das zwangsläufig erhöhte Risiko aufgeklärt werden. Dies gilt gleichermaßen für Stiftaufbauten, deren Erfolgssicherheit vorwiegend davon abhängt, inwieweit eine Wurzelkanalbehandlung gelungen ist. So kann es bei der Aufbereitung des Wurzelkanals für den Stiftaufbau aufgrund einer abnormen anatomischen Situation ausnahmsweise zu einer Perforation (via falsa) kommen (74), die dann dem Patienten nicht verschwiegen werden darf. Auf weitere, wenn auch sehr seltene Komplikationen bei der Wurzelkanalbehandlung soll später noch eingegangen werden. Im übrigen läßt sich die Lebensdauer eines Stiftaufbaus in vielen Fällen durch eine Wurzelspitzenresektion weiter erhöhen, allerdings nur mit einer Erfolgsquote von etwa 90 %. Andernfalls wird u.U. die Neuanfertigung der Suprakonstruktion erforderlich (75).

5.2 Konservierende Zahnheilkunde

Für den Bereich der konservierenden Zahnbehandlung gibt Hahn ein Urteil wieder, das sich mit der zahnärztlichen Aufklärungspflicht beschäftigt. Dem Zahnarzt wurde ein schuldhafter Verstoß gegen diese Vertragspflicht vorgeworfen, weil er den Patienten nicht vorher darauf hingewiesen habe, "daß die Behandlung eines sehr stark zerstörten Zahnes auch bei sachgerechter Durchführung der Behandlung immer mit dem Risiko behaftet ist, daß der Versuch der Vitalerhaltung der Pulpa fehlschlägt und am Ende doch die Extraktion steht" (76).

Im gleichen Sinne verlangt Hahn sogar bei der Caries-profunda-Therapie den Hinweis auf einen später erforderlichen Zahnersatz im Rahmen der "Kettenreaktion": Pulpitis-Verlust der Pulpa-apikale Entzündung-Totalinfektion - Zahnverlust - Zahnersatz. Meines Erachtens geht aber diese Forderung in vielen Fällen zu weit, zumal bei der heutigen Technik der Wurzelbehandlung einwurzelige Zähne noch viele Jahre erhalten werden können. Eingeschränkt gilt dies auch für mehrwurzelige Zähne wie z.B. Molaren. Allerdings handelt es sich hier bei zunehmender Wurzelzahl mehr um einen "Kompromiß", weil die anatomischen Verhältnisse komplizierter und somit weniger kalkulierbar werden (Ramifikationen, Wurzelkrümmungen u.a.) (77). Selbst bei sorgfältiger Ausführung kann nicht das gesamte verzweigte Kanalsystem erfaßt werden, so daß evtl. virulente Keime zurückbleiben mit einer nicht ausschließbaren Exazerbation (78). Deswegen ist in aller Regel bei mehrwurzeligen kanalbehandelten Zähnen die Lebensdauer stärker limitiert; man erhält also nur eine mehr oder minder lange "Schonfrist". Über diese eingeschränkte Erfolgsaussicht müßte meiner Meinung nach aufgeklärt werden.

Auf die Möglichkeit einer Wurzelspitzenresektion, vorwiegend bei ein- und zweiwurzeligen Zähnen, muß nach heute wohl herrschender Meinung hingewiesen werden; befinden sich doch die oben angesprochenen unerreichbaren Seitenkanälchen vorwiegend im Apexbereich. Gerade mit der WSR können diese Bakterienfänger beseitigt werden, was die Erfolgschancen der Wurzelkanalbehandlung weiter erhöht (79). Allerdings kann nach Günther auch unter Beachtung aller Unsicherheitsfaktoren der WSR nur in 85 %, nach neueren Forschungsergebnissen in 90 % der Fälle mit einem Erfolg gerechnet werden, so daß sich also der Zahn meist noch viele Jahre erhalten läßt (80). Mißerfolg ist hier gleichzusetzen mit einer unumgänglichen Extraktion.

Bei der operativen Tätigkeit im weiteren Sinne sind gleichfalls verschiedene Komplikationsmöglichkeiten der WSR in der Literatur beschrieben: z.B. kann es bei der - in der Praxis seltenen - Resektion im unteren Prämolarenbereich, also im Ausbreitungsgebiet des Nervus mentalis, zu Sensibilitätsstörungen kommen die oft einige Wochen anhalten (81). Über diese Gefahr sollte der Patient informiert werden. Wird eine WSR an oberen Frontzähnen durchgeführt, kann es in seltenen Fällen sogar zu einer meist komplikationslosen Eröffnung der in unmittelbarer Nähe liegenden Nasenhöhle, bei Seitenzähnen zu einer Eröffnung der Kieferhöhle kommen. Auch lassen sich Nachblutungen und Wundheilungsstörungen nicht völlig ausschließen. Derartige Komplikationen sollten gleichfalls in das Aufklärungsgespräch mit einem allgemein gehaltenen Hinweis einbezogen werden (82).

Für eine sachgemäße Behandlung ist in diesem Zusammenhang auch die Anfertigung von Röntgenbildern unbedingt erforderlich, was selbstverständlich für viele Bereiche der Z M K gilt. Ein Unterlassen von

Röntgenaufnahmen wäre sogar meist als Behandlungsfehler zu werten. Weigert sich ausnahmsweise ein besonders "strahlenängstlicher" Patient, ein Röntgenbild anfertigen zu lassen, so muß entsprechend - notfalls sehr energisch- reagiert werden. Hahn zitiert hierzu aus einem bekannt gewordenen Urteil, in dem einem Zahnarzt bezüglich einer Wurzelkanalbehandlung der Vorwurf der Verletzung seiner ärztlichen Aufklärungspflicht gemacht wurde, "weil ihm als Fachmann die Pflicht getroffen habe, den Patienten als medizinischen Laien mit aller Deutlichkeit darauf hinzuweisen, welche Risiken eine Behandlung birgt, die ohne wesentliche diagnostische Unterlagen durchgeführt wird. Bei hartnäckiger Weigerung trotz aller Gegenvorstellungen hätte er die Behandlung notfalls sogar ablehnen müssen" (72).

Zu dieser Problematik " WKB - WSR - Extr. - " seien noch zwei weitere veröffentlichte Urteile angeführt:

So wurde ein Zahnarzt zur Zahlung von Schmerzensgeld unter Verlust seines Honoraranspruchs verurteilt (83), weil nicht mit letzter Sicherheit feststand, daß er einen Studenten der Humanmedizin in ausreichendem Umfang über die alternative Behandlungsmöglichkeit der WSR aufgeklärt hatte. Diese Ungewißheit ging zu Lasten des Zahnarztes, entsprechend den oben im allgemeinen Teil (Z.3.1; S.11) skizzierten Beweisregeln der Judikatur. Denn es sei für einen jungen Menschen durchaus wichtig, ob er mit einer Vorderzahnlücke leben bzw. auf Zahnersatz angewiesen sein will, oder ob es zwar eine kompliziertere Behandlungsmöglichkeit gibt (WSR), aber immerhin mit der Chance einer Erhaltung des natürlichen Zahnes. Diese Wahlmöglichkeit müsse dem Patienten offen gelassen werden. - Dem Urteil ist uneingeschränkt zuzustimmen.

In einem anderen ähnlich gelagerten Fall soll zunächst der aussagekräftige Leitsatz des Gerichts wiedergegeben werden (84):

> " Eine Pflicht zur Aufklärung des Patienten über alternative Behandlungsmöglichkeiten (hier: zahnerhaltende Wurzelbehandlung statt Zahnextraktion) kommt nur dann in Betracht, wenn eine solche Behandlung im konkreten Fall nach den Regeln der ärztlichen Kunst überhaupt durchführbar war; hierfür ist der Patient beweispflichtig. "

In diesem Fall hatte der sein Honorar einklagende Zahnarzt behauptet, er habe nach Anfertiung von Röntgenaufnahmen und Entfernung zweier Kronen festgestellt, daß die Wurzel weder für eine erneute Überkronung noch für einen Stiftaufbau geeignet und daher eine Extraktion die einzige Behandlungsmöglichkeit gewesen sei. Aus diesem Grunde habe er auch nicht aufgeklärt. Demgegenüber hatte der Beklagte behauptet, eine Wurzelbehandlung sei möglich gewesen und er sei über diese Alternative nicht aufgeklärt worden. Der Gutachter war zu der Feststellung gelangt, daß die Klärung dieser Frage unmöglich sei, weil sich der Zustand der Wurzel zum Zeitpunkt der Behandlung nicht mehr objektivieren lasse.

Interessant an diesem Urteil, das sich auch eingehend mit der oben zitierten Entscheidung auseinandersetzt, ist die rechtsdogmatisch völlig richtige Zuordnung der Beweislast auf den Patienten, also über die Frage, ob überhaupt eine echte Alternative als Voraussetzung einer Aufklärungspflicht vorlag. Wörtlich führt das Gericht weiter aus:

> " Wäre man hier anderer Auffassung, würden sich für den Zahnarzt bei einem derartigen Eingriff, der sich letztlich als Routineeingriff darstellt, unlösbare Beweisschwierigkeiten stellen.
>
> In allen Fällen, in denen die Ziehung des Zahns die einzige Behandlungsmöglichkeit darstellt, wäre er gleichwohl einer Inanspruchnahme durch den Patienten ausgesetzt, wenn dieser behauptete, daß alternative Behandlungsmöglichkeiten bestanden hätten ...

> Der Zahnarzt könnte sich im Wege der sogenannten Dokumentation des Behandlungsverlaufs ... allenfalls dadurch schützen, daß er den gezogenen Zahn zu Beweiszwecken aufbewahrt bzw. bei der klinischen Inspektion Fotos anfertigt, wie dies etwa der Gutachter getan hat. Eine derartige Dokumentationspflicht des Zahnarztes erscheint jedoch bei einem solchen Routineeingriff unzumutbar ... "

Die erfreulichen Ausführungen des Gerichts lassen sich auch noch "härter" und doch praxisnah unterstreichen: Ginge man nämlich in solchen Fällen von einer Beweislast oder einer Dokumentationspflicht des Zahnarztes aus, so wäre dieser praktisch gezwungen, ein umfangreiches"Fotoarchiv" und ein wohlsortiertes "Lager" für einen erheblichen Teil der von ihm extrahierten Zähne anzulegen und im Hinblick auf die Verjährungsfrist für vertragliche "Aufklärungsverstöße" 30 Jahre aufzubewahren. -

Bei der Wurzelkanalbehandlung - hier: der eigentlichen Behandlungstätigkeit des Zahnarztes im engeren Sinne - können gleichfalls verschiedene Komplikationen auftreten, ohne daß immer ein Behandlungsfehler vorliegen muß. So kann es trotz aller Sorgfalt gelegentlich zu einer Perforation des Wurzelkanals (besonders bei maschineller Arbeitsweise) oder zu einer Instrumentenfraktur kommen. Auch lassen sich Nachschmerzen nicht generell ausschließen.

Im Bereich des Unterkiefers kommt es in sehr seltenen Fällen bei einer wohl fehlerhaften Kanalüberstopfung mit Füllpaste zu einer Reizung des Nervus alveolaris mit der nicht ausschließbaren Folge einer irreversiblen Beeinträchtigung der Reizempfindung (72).

Nach eingetretenen Komplikationen, gleichgültig ob vom Zahnarzt verschuldet oder nicht, ist der Patient entsprechend aufzuklären, wenn dadurch der Verlauf einer weiteren, evtl. erst künftigen Behandlung beeinflußt wird, also z.B. später eine WSR nötig werden könnte (85).

Ein weiteres, m.E. etwas abseits liegenden Beispiel einer erforderlichen Aufklärung gibt Keresztesi an (86): Sollte ein Wurzelkanal aus anatomischen Gründen nicht bis zum Apex aufbereitet werden können, darüber hinaus eine WSR nicht möglich sein und schließlich die notwendige Extraktion vom Patienten verweigert werden, muß der "Patient über Erfolgschancen und Komplikationsrisiken aufgeklärt werden". M.E. sollte einer derartige Aufklärung u.a. folgende Gesichtspunkte einschließen: Beim Auftreten interkurrenter Erkrankungen, wie grippale Infekte und sonstige Erkältungskrankheiten, verschiebt sich oft das latente Gleichgewicht zwischen Bakterien - aktivität und Abwehrlage zu Ungunsten des Organismus, was zu einer Exazerbation mit zusätzlichen Schmerzen, einer Schwellung und zu (erhöhtem) Fieber führen kann (87).

Anknüpfend an die Ausführungen von Günther (88) bezüglich Kompositfüllungen, die unvermeidbar eine relativ kurze Lebensdauer haben und im Laufe der Zeit häufig Randverfärbungen zeigen, ist sicherlich eine Aufklärung d a n n geboten, wenn ein Patient solche Füllungen ausdrücklich im Seitenzahnbereich wünscht. Dies gilt jedoch nicht für die normale Füllungstherapie im Frontzahnbereich, zu der es derzeit noch keine echte Alternative gibt, abgesehen von einer teueren und zeitaufwendigen "verblendeten Kronenkonstruktion", die z.B. bei einer starken Zerstörung des Zahnes o.ä. indiziert wäre.

Zur Problematik der konservierenden bzw. prothetischen Behandlung eines Patienten mit hämorrhagischer Diathese seien noch zwei Sätze kompetenter Autoren zitiert:

> " In forensischer Sicht sollte man den Patienten und und bei Kindern die Eltern darüber aufklären, daß bei jeder Präparation einer Kavität oder einer Krone das Zahnfleisch oder auch die Wange und die Zunge verletzt werden können, wodurch je nach Schwere der hämorrhagischen Diathese unangenehme Blutungen oder Nachblutungen entstehen können. Das Risiko aber sollte getragen werden, da durch die Nichtbehandlung früher oder später größere chirurgische Eingriffe nicht ausbleiben werden." (89).

5.3 Zahnärztliche Chirurgie

Einleitend soll hier noch ergänzend auf die vorgenannte Problematik eines Patienten mit hämorrhagischer Diathese eingegangen werden. Eine therapeutische Einstellung solcher Patienten durch geeignete, den medizinischen Standards entsprechende Vorsorgemaßnahmen ist auf chirurgischem Gebiet erst recht unabdingbar.

- Eine neue Behandlungsmethode wird zur Zeit in der Münchner Universitätszahnklinik erprobt: "Mit dem scharf gebündelten Lichtstrahl aus dem Laser-"Messer" wird das Gewebe nur sekundenlang überhitzt, das Eiweis in den Zellen verklebt und die Blutung dadurch sofort gestillt. Das Operationsfeld kann punktgenau getroffen werden und die Verletzung von Gewebe bleibt extrem gering." ("Gong" 1984, H.36, S.83) -

Das Unterlassen entsprechender Vorsorgemaßnahmen wäre m.E. sogar als grober Behandlungsfehler anzusehen mit allen beweisrechtlichen Konsequenzen, auf die später noch einzugehen ist (Ziff.8.2; S.92).

Die ärztliche Aufklärungspflicht wird hier bereits tangiert durch die trotz aller Vorsichtsmaßnahmen nicht ausschließbare Möglichkeit von Nachblutungen. Jedenfalls verlangt Günther bei "lokaler Anwendung eines Fibrinklebers" im Rahmen der "Nachblutungsprophylaxe" die Aufklärung über die Möglichkeit einer Hepatitisinfektion (90).

Wird eine Lokalanästhesie bei einem Patienten zum ersten Mal durchgeführt, sollte im Rahmen der sog. therapeutischen Aufklärung kurz das Wesen der Anästhesie erklärt werden, wonach also nur eine streng begrenzte Ausschaltung der Schmerzleitung vorgenommen wird, die zu keiner Veränderung der Bewußtseinslage führt (91).

In äußerst seltenen Fällen können verschiedene Allgemeinreaktionen auftreten, die vielleicht im Sinne der neueren BGH-Rechtsprechung zur Aufklärungspflicht noch als "typisch" bzw. "spezifisch" und somit aufklärungsbedürftig anzusehen wären, jedenfalls wenn besondere Umstände hinzutreten, wie Alter, reduzierter Allgemeinzustand u.a. Hierzu würden gehören: Tachykardie, Beklemmungsgefühl; bei höherer Dosis zentralnervöse Störungen wie Tremor, Ruhelosigkeit bis zu klonischen Krämpfen (92), zunehmender Bewußtseinsverlust, Störungen der Atemtätigkeit, oder auch kardiovaskuläre Symptome, schlimmstenfalls ein Kreislaufkollaps.

Ferner sind toxische Reaktionen durch beigefügte Vasokonstringentien möglich, wie ein vehementer Blutdruckanstieg mit maximaler Herztätigkeit, u.U. Kammerflimmern, gegenregulatorischer Blutdruckabfall, Herzversagen (93). Allerdings ist diese Toxität nach neuerer Meinung nicht mehr so sehr auf das Lokalanästhetikum zurückzuführen, sondern teilweise mehr psychisch bedingt, etwa durch eine streßinduzierte, erhöhte Ausschüttung von Adrenalin mit potenzierendem Effekt durch die unkontrollierte Einnahme von Alkohol, Beruhigungs-, Schlaf- oder Schmerztabletten vor der Behandlung (94). Nicht völlig ausschließbar sind auch allergische Reaktionen, die sich in einem Quincke- oder Larynxödem äußern können (92). Derartige sehr seltene Reaktionen sollten allerdings bereits im Rahmen der gebotenen Anamnese soweit möglich "erfaßt bzw. vorgeklärt" werden, um vorbereitende, ggf. bei Eintritt der Komplikation sofort entgegenwirkende Maßnahmen ergreifen zu können

Infolge eines Materialfehlers kann es auch bei der Anästhesie zu einem Nadelbruch kommen evtl. mit Verschlucken oder Aspirieren der Kanüle. Läßt sich das Ende nicht mehr fassen, muß der Zahnarzt selbstverständlich den Patienten darüber aufklären und in eine Spezialklinik (95) oder zum Fachchirurgen überweisen (96).

Bei einer Injektion in ein besonders gefäßreiches Gebiet, z.B. bei der Tuberanästhesie im Oberkiefer, können Hämatome auftreten, die sich evtl. infizieren und zu einer Kieferklemme führen, was übrigens auch bei der Injektion in den M.Pterygoideus medialis ausgelöst werden kann. Das gleiche gilt bei ausgedehnten Hämatomen, wenn sie bindegewebig organisiert werden, mit einer langdauernden Funktionsbehandlung (95). Deshalb sollte man dem Patienten beim Auftreten von Blutergüssen zu geeigneten Maßnahmen raten.

Im Rahmen der Anästhesie lassen sich auch Verletzungen von Nerven nicht immer vermeiden. So wird etwa durch eine Leitungsanästhesie im Unterkiefer in extrem seltenen Fällen der N.facialis verletzt mit der möglichen Folge von Parästhesien, welche die Gefahr traumatischer Hornhautverletzungen bedingen können. Bei Verletzung des N.alveolaris und des N.lingualis ist mit einem Sensibilitätsausfall,evtl. mit neuralgieartigen Schmerzen zu rechnen.

Hahn berichtet hierzu von einer einschlägigen Gerichtsentscheidung: Es war bei einer Leitungsanästhesie zu einer sich über zwei Jahre hinziehenden Taubheit der Unterlippe gekommen, ohne daß der Zahnarzt vorher darüber aufgeklärt hatte. Nur aufgrund der Feststellung, daß eine derartige Anästhesie zur alltäglichen Routinearbeit des Zahnarztes gehöre, wurde der Vorwurf mangelnder Aufklärung aufgegeben. Hahn fragt zurecht, wie lange bei den strengen Anforderungen des BGH eine solche vernünftige Rechtsprechung noch aufrechterhalten werden kann (72).

In einer anderen Entscheidung des Landgerichts Frankfurt wurde eine Aufklärungspflicht über eine Schädigungsmöglichkeit des N.lingualis verneint. Nach dem zugrunde liegenden Sachverhalt war bei einer Patientin 1975 ein Weisheitszahn operativ entfernt worden. Die Betäubung durch die gesetzte Leitungsanästhesie blieb noch nach dem Eingriff bestehen, weil

der N.lingualis verletzt worden war und sich auch nicht mehr regeneriert hatte. Als weiterer Folgeschaden kam hinzu, daß die Patientin nahezu jede Geschmacksempfindung verloren hatte. Nach den Feststellungen des Gerichts war dem Zahnarzt kein Kunstfehler unterlaufen. Die unterlassene Aufklärung wurde ihm nicht angelastet, weil eine Dauerschädigung des N.lingualis außerordentlich selten auftrete. Statistisch seien bei etwa 10 Millionen Anästhesien jährlich im zahnärztlichen Bereich der Bundesrepublik lediglich 10 Haftpflichtfälle zu verzeichnen (97).

Im Rahmen der Sicherungsaufklärung muß nicht nur auf medizinisch gebotene Verhaltensmaßregeln, sondern auch auf eine erhöhte Gefährdung im Straßenverkehr durch den sedierenden Effekt des Lokalanästhetikums hingewiesen werden. S.Tiemann empfiehlt sogar, sich derartige Warnungen vom Patienten schriftlich bestätigen zu lassen und in Fällen "besonders konkreter Gefährdung" u.U. die Polizei zu verständigen (98).

Zu den "postoperativen Anweisungen an den Patienten " hinsichtlich einer temporären Verkehrsuntauglichkeit führt Günther aus: Juristisch abgesichert ist man dabei wohl nur dann, wenn man dem Patienten einen Anweisungszettel mitgibt, auf dem dieses Verbot verzeichnet ist und den er nach Vorlesen "wie beim Notar" unterschreibt (99).

- Auf eine nach meiner Überzeugung praxisnähere Dokumentation ist später (Ziff. 5.6) noch näher einzugehen. -

Die Pflichten des Arztes / Zahnarztes, einen möglicherweise verkehrsuntauglichen Patienten eingehend aufzuklären, können nicht ernst genug genommen werden, und zwar nicht nur aufgrund der ärztlichen Fürsorgepflicht für seinen Patienten, sondern auch gegenüber der Verkehrsgemeinschaft. Dies gilt nicht nur für

viele Bereiche der Humanmedizin, sondern auch für die Z M K , insbesondere nach belastenden Eingriffen, begleitet von einer mehr oder weniger intensiven Anästhesie, auf deren Nachwirkungen hinsichtlich der Verkehrstauglichkeit bereits hingewiesen wurde.

Ein besonderes Augenmerk müssen Ärzte und Zahnärzte auf die Medikation richten, und zwar nicht nur bei Einahme von Medikamenten wegen einer chronischen oder vorübergehenden Erkrankung: z.B. Sulfonylharnstoffderivate, Digitalis, Hypnotika, Psychopharmaka, Antihistaminika, Analgetika, Corticosteroide, Antihypertonika, Anregungsmittel, Appetitzügler u.a. Von Bedeutung ist diese bereits bei der Anamnese festzustellende Medikation i n V e r b i n d u n g mit der Anästhesie u n d den vom Zahnarzt bzw. Kieferchirurgen postoperativ zu verschreibenden Arzneimitteln. Durch die Wechselwirkung untereinander kann es zu einer gegenseitigen Wirkungsverstärkung bis zur Potenzierung kommen (z.B. wegen Verdrängung aus der Plasmaeiweißbindung), umgekehrt aber auch zu einer gegenseitigen, evtl. einseitigen Aufhebung oder Abschwächung des Wirkungsmechanismus.

Spann empfiehlt für die Praxis, den Patienten wenn möglich so rechtzeitig aufzuklären, daß er ohne Kraftfahrzeug in der Praxis des Arztes oder in der Klinik erscheint.

In diesem Zusammenhang sollte der Hinweis des Zahnarztes an den Patienten nicht unterbleiben, in den nächsten Stunden keine alkoholischen Getränke zu sich zu nehmen. Dies gilt u.U. auch bezüglich der postoperativen Medikation für die gesamte Zeit der Medikamenteneinnahme, je nach Zusammensetzung des verschriebenen Arzneimittels (100).

Auf die völlig unberechenbaren großen Gefahren der " Kombination: Medikament plus Alkohol " weisen vor allem die Rechtsmediziner in Vorträgen und zahlreichen Publikationen immer wieder hin (z.B. Spann in der ADAC-Motorwelt, die ca. 11 Millionen Leser erreicht). Sind es doch gerade diese "Verkehrsmediziner", die fast täglich über ihre forensisch - gutachterliche Tätigkeit mit dem traurigen Kapitel fahruntauglicher Kraftfahrer (oft nach Unfällen mit schrecklichen Folgen) konfrontiert werden. Nach persönlichen Gesprächen mit Rechtsmedizinern hat diese Öffentlichkeitsarbeit, die leider bei dem ständig steigenden Medikamentenkonsum von vielen Kraftfahrern ignoriert wird, wenigstens mittelbar schon auf die "Verteidigungsstrategie der angeklagten Delinquenten" durchgeschlagen. Im Gegensatz zu früher versucht nämlich heute nur noch relativ selten ein "unbedarfter" Angeklagter bzw. dessen Anwalt zur Verteidigung mit dem Hinweis auf eine Medikamenteneinnahme gewisse Entschuldigungs- oder Strafmilderungsgründe bezüglich der festgestellten Blutalkoholkonzentration zu erreichen, weil hier - salopp formuliert - " der Schuß nach hinten losgeht ".

Eine andere Variante der Hinweispflicht bezieht sich auf die Gefahr, daß es bereits vor dem Abklingen der Anästhesie zu Bißverletzungen oder zu Verbrennungen kommen kann, wenn z.B. bald nach dem Eingriff heiße Speisen eingenommen werden (101).

Über das Wesen der selten durchgeführten Lachgasanalgesie müßte im Rahmen des vorangehenden Vertrauensgesprächs aufgeklärt werden, daß also dabei in der Regel das Bewußtsein erhalten bleibt und der Patient die therapeutischen Maßnahmen miterlebt. Auch auftretende Symptome sollten beschrieben werden, wie etwa die euphorische Veränderung der Stimmungslage mit geistiger Aktivitätsminderung. Wegen der Komplexität des gebotenen ärztlichen Verhaltens bei dieser Analgesie darf auf die einschlägige Literatur verwiesen werden (102)

Entsprechend den oben (Ziff. 4.14) dargelegten Grundsätzen des BGH besteht auch für den Bereich der zahnärztlichen Chirurgie und der Kieferchirurgie eine Aufklärungspflicht über alternative Anästhesien, wenn also sowohl eine Vollnarkose als auch eine Lokalanästhesie in Betracht kommt. Die Vollnarkose bietet den Vorteil, daß z.B. mehrere Eingriffe in einem "Arbeitsgang" erledigt werden können, während bei der Lokalanästhesie mehrere Sitzungen erforderlich wären. Dazu zählen alle Maßnahmen im zahnärztlich- (kiefer-) chirurgischen Bereich, die miteinander kombinierbar sind, falls damit die vollständige Sanierung des Gebisses in einer Sitzung erreicht werden kann. So bedeutet die - sicher seltene - Vollnarkose u.U. für den Patienten eine "wesentliche psychische Schonung und zugleich eine Rationalisierung". Allerdings muß er eingehend über die Vor- und Nachteile sowie die unterschiedlichen Risiken aufgeklärt werden (103).

Auch auf typische Gefahren und Komplikationen bei einer Zahnentfernung in schwierigen Fällen muß hingewiesen werden. Wird im Unterkiefer ein verlagerter bzw. retenierter Weisheitszahn chirurgisch entfernt, kann es zu einer iatrogenen Fraktur kommen. Verschiedene bei Selle angegebene Untersuchungen ergaben eine Frakturhäufigkeit zwischen 0,3 und 1,1 %. Günther hält eine Aufklärung zumindest dann für geboten, wenn ein pathologisch-geschwächter oder vorgeschädigter Knochen vorliegt, weil dann die Gefahr einer Fraktur naturgemäß besonders groß ist. Ursache hierfür können sein: Tumore, Entzündungen, systemische Erkrankungen u.a.

Frakturen sind auch in der Eckzahn- und Prämolarengegend nicht immer vermeidbar, einerseits wegen der hier sehr langen Eckzahnwurzel, andererseits bedingt durch die anatomische Lage des Foramen mentale. Die angeführten Autoren sind sich darin einig, daß eine Aufklärung über dise Möglichkeit der Fraktur mit

großer Sorgfalt erfolgen muß, verbunden mit einer ordnungsgemäßen Dokumentation wegen etwaiger späterer gerichtlicher Auseinandersetzungen (104).

Bei der operativen Entfernung des unteren Weisheitszahnes kann es daneben auch zu einer Nervenverletzung kommen. Krüger schreibt hierzu, daß "gelegentlich" der N.mandibularis, "zuweilen" auch der N.lingualis geschädigt wird (105), ohne hierzu statistisches Material anzuführen. Gleichwohl muß m.E. eine mögliche Traumatisierung des N.alveolaris inferior als "typisch" und somit aufklärungsbedürftig im Sinne der Rechtsprechung des BGH angesehen werden, zumal derartige Schädigungen zu temporären Sensibilitätsstörungen in der Unterlippe bis hin zu einem bleibenden Sensibilitätsausfall führen können.

Gabka berichtet hierzu von einem "höchstrichterlichen" Strafurteil, in dem festgestellt wurde, daß eine Aufklärung über eine derartige Sensibilitätsstörung des N.mentalis vor Extraktion eines tief impaktierten Weisheitszahnes notwendig ist. Wegen der extremen Seltenheit wurde dagegen eine Aufklärungspflicht bezüglich einer Lingualisschädigung verneint (106). Im Gegensatz hierzu meint Marxkors, daß über die Möglichkeit einer evtl. länger andauernden Parästhesie im Ausbreitungsgebiet des N.lingualis aufgeklärt werden müßte (107).

In einem weit verbreiteten "Merkblatt zum Aufklärungsgespräch über die operative Entfernung eines Weisheitszahns im Unterkiefer" (104) sind als "Basisaufklärung" bereits die Schädigungsmöglichkeiten beider Nerven berücksichtigt. Übrigens ist in dem Merkblatt auch die oben aufgeführte Möglichkeit eines Kieferbruchs erwähnt mit einem Hinweis über dessen Behandlung.

Unter ungünstigen Umständen muß sogar mit der Durchtrennung eines Nerven gerechnet werden. Im Rahmen der Sicherungsaufklärung und der Fürsorgepflicht des Zahnarztes empfiehlt Günther, auf die Möglichkeit einer mikrochirurgischen Sofortrekonstruktion in einer Spezialklinik hinzuweisen. M.E. sollte dieser Hinweis mit besonderem Nachdruck erfolgen, da die Prognose umso günstiger ist, je früher die Rekonstruktion stattfindet (108). Der Zahnarzt schützt sich damit auch vor etwaigen Vorwürfen im Prozeß, den Patienten nicht rechtzeitig einer sachgerechten Behandlung zugeführt zu haben (109).

Bei der operativen Entfernung eines oberen Weisheitszahnes ist noch darüber aufzuklären, daß die Kieferhöhle eröffnet werden kann und evtl. eine Infektion eintritt, die allerdings in der Regel problemlos ausheilt (110).

Die Notwendigkeit einer besonders eingehenden Aufklärung kann sich aus den besonderen Umständen des Einzelfalls ergeben (109), z.B. wenn der Patient ausdrücklich eine "Vollaufklärung" verlangt, oder wenn ein erhöhtes Risiko mit erheblichen Folgen besteht, oder bei Angehörigen bestimmter Berufe (Musiker, Schauspieler, Sänger, Lehrer, Glasbläser u.a.) bei denen eine Nervschädigung mit den aufgezeigten Folgen außergewöhnlich bedeutsam wäre.

Ein erhöhtes Risiko ist gegeben, wenn ein Zahn im akuten Entzündungsstadium extrahiert wird, was zwar dem erfahrenen Operateuer in gewissen Fällen möglich ist, aber immer mit der Gefahr einer Osteomyelitis und erhöhten Toxizität des Lokalanästhetikums (111). Auch ist hier die Gefahr einer Wurzelfraktur größer als in sonstigen Fällen.

Wird bei Fraktur einer Wurzel der Wurzelrest ausnahmsweise belassen, muß der Patient darüber aufgeklärt werden. Das Belassen ist u.U. nur dann kein Behandlungsfehler, wenn der Wurzelrest weder klinisch noch röntgenologisch lokalisiert werden kann (112). Verschiedene Beschwerden können aus dieser mißlichen Situation resultieren, wie Neuralgien, Neuritis, Entzündungen, Herdwirkungen u.a.

In einem einschlägigen Urteil des BGH wurde ein Zahnarzt wegen eines derartigen Behandlungsfehlers bezüglich der aufgetretenen Osteomyelitis zum Schadensersatz verurteilt, nicht aber hinsichtlich angeblich weiterer Folgeschäden. Wörtlich führt der BGH zu dieser auch für die Humanmedizin beweisrechtlich wichtigen Frage aus:

> " K e i n e Umkehr der Beweislast kann regelmäßig anerkannt werden, soweit es um die Frage geht, ob die durch den Behandlungsfehler unmittelbar gesetzte Gesundheitsschädigung noch zu weiteren inzwischen aufgetretenen Beschwerden geführt hat, wenn deren ursächlicher Zusammenhang mit dem Primärschaden zwar denkbar ist, aber, wie hier bei den vom Kläger behaupteten Folgeleiden (Trigeminusneuralgie, Leber- und Galleleiden, entzündliche Nierenerkrankung und sogar Fehlsichtigkeit) nicht einem typischen Geschehensablauf entspricht ... " (113).

Bei der operativen Entfernung eines oberen Eckzahns sollte darüber aufgeklärt werden, daß es evtl. zu einer Eröffnung der Kiefer- oder Nasenhöhle kommen kann. Auch unmittelbar benachbarte Zähne können bei diesem Eingriff geschädigt werden, die dann u.U. eine Wurzelkanalbehandlung notwendig machen (114). Denkbar ist ferner eine Aufklärung über Entzündungen des Parodontiums, Sensibilitätsstörungen und Zahnlockerung, alles jedoch Folgeerscheinungen, die nur in sehr seltenen Fällen auftreten (115)

Abschließend zum Thema "Zahnextraktion" seien hierzu noch zwei einschlägige Urteile zitiert:

Vor dem Landgericht Frankfurt verlangte eine Patientin wegen der notwendig gewordenen Verschiebung einer Urlaubsreise Schadensersatz, weil eine obere Weisheitszahnextraktion mit Komplikationen verlaufen war. Das Gericht kam mit Urteil vom 17.11.1980 zu der Feststellung, daß der i h r obliegende Nachweis für einen Behandlungsfehler nicht geführt wurde, zumal die Öffnung der Kieferhöhle als Folge der Operation nicht den Schluß zulasse, daß die Extraktion nicht fachgerecht ausgeführt worden sei, was sich schon aus der Unterschiedlichkeit der anatomischen Verhältnisse im Bereich der Weisheitszähne bei unterschiedlichen Patienten ergebe. Wörtlich wird unter Bezug auf die Aussage eines sachverständigen Zeugen und auf ein Sachverständigengutachten ausgeführt:

> "... Jedoch sei eine solche Extraktion immer mit dem Risiko derartiger Verletzungen verbunden. Die seitliche Wand der Kiefernhöhle sei hier nämlich manchmal papierdünn... kommt zu dem Schluß, daß bei einer derartigen Zahnentfernung intra- und postoperative Komplikationen nicht ungewöhnlich und nicht sicher vermeidbar seien. Ebensowenig deuteten die weiteren Nachblutungen auf einen Behandlungsfehler hin.
>
> Ebensowenig ist bewiesen, daß die Extraktion des Zahns anstatt einer regelrechten Kieferoperation einen Behandlungsfehler darstellt. Das Gutachten der Universitätsklinik besagt eindeutig, daß normalerweise vertikale Weiheitszähne ... nicht operativ entfernt werden. In der Regel müßte nach Operationen mit größeren Komplikationen gerechnet werden als nach Extraktionen."

Die Kammer hält außerdem einen Aufklärungs- oder Beratungsfehler des Zahnarztes für nicht erwiesen, obgleich nach der zitierten Rechtsprechung insoweit verhältnismäßig hohe Anforderungen an die Pflichten des Arztes gestellt werden und diesen (für die Risikoaufklärung) grundsätzlich die Beweislast treffe. Wörtlich führt das Gericht weiter aus:

" Jedoch ist diese Beweislastumkehr im vorliegenden Fall nicht anzuwenden... Mit der behaupteten Verletzung der Aufklärungspflicht wird hier vielmehr von der Kl. das Ziel verfolgt, einen Vermögensfolgeschaden ersetzt zu erhalten. Hinzu kommt, daß infolge der Vielfältigkeit der individuellen Gegebenheiten im Verhältnis zwischen Arzt und Patient ein Urteil darüber, ob der Arzt seiner Aufklärungspflicht genügt hat oder doch schuldlos glauben durfte, ihr genügt zu haben, nur in Würdigung der gesamten Umstände gebildet werden kann...

Nun spricht zwar die Tatsache, daß schon vorher bei der Kl. ein Weisheitszahn problemlos entfernt wurde und sie gleich darauf eine Ferienreise antreten konnte, für die Auffassung der Kl. Doch hat auch die ärztliche Aufklärungspflicht ihre Grenzen. Es entspricht grundsätzlich nicht der Billigkeit, wenn ein geistig reger und mit der allgemeinen Natur und Schwere des Eingriffs vertrauter Patient nachträglich den Arzt mit den Folgen seines Entschlusses belasten will, obwohl ihm die eingetretene Komplikation jedenfalls ihrer allgemeinen Natur nach nicht unvermutet erscheinen konnte (114).

Auch diesem lebensnahen Urteil einer ersten Tatsacheninstanz ist zuzustimmen, wobei noch hervorzuheben ist, daß sich die Kammer zur Begründung der Klageabweisung auf a l l g e m e i n e Formulierungen des VI. Zivilsenats des BGH beruft, der für Arzthaftpflichtprozesse zuständig ist.

In einem anderen "berühmt" gewordenen und allerdings viel kritisiertem Urteil des BGH, Strafsenat, ("Zahnextraktionsurteil")vom 22.2.1978 (116) ging es um die Wirksamkeit der Einwilligung zu einer umfassenden Zahnextraktion, die auf einer unsinnigen, selbstgestellten Diagnose der Patientin beruhte. Zum besseren Verständnis soll auch hieraus wörtlich zitiert werden:

"... Ihr war nach Untersuchungen ihres behandelnden Arztes und des Angeklagten, später auch seines Assistenten mehrfach versichert worden, daß nach ärztlichem Urteil ein Zusammenhang zwischen dem Zustand der Zähne und dem Leiden nicht bestehe. Gleichwohl hielt sie in ihrem laienhaften Unverstand beharrlich an der von ihr selbst gestellten

> Diagnose fest... Die Einwilligung war somit für einen Heileingriff erteilt. Das Vorgehen des Angeklagten stellt sich hingegen nicht als solcher dar. Dies begründet die Unwirksamkeit der erklärten Einwilligung... Entscheidend ist allein, daß es ihm nicht gelungen ist, das Vorstellungsbild der Zeugin, mit welchen Mitteln auch immer, in Übereinstimmung zu einer realistischen medizinischen Beurteilung zu bringen... "

Erfreulich an diesem S t r a f urteil ist lediglich, daß sich der BGH gegen die Annahme einer gefährlichen und einer schweren Körperverletzung gem. §§ 223 a, 225 StGB wendet: Zange kein "gefährliches Werkzeug", wegen der Prothetik keine "dauernde Entstellung". Im übrigen stellt sich neben anderen rechtsdogmatisch gewichtigen Kritiken (117) im Zusammenhang mit dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten die Frage, wie weit die Aufklärungspflicht in einem solchen Falle noch gehen soll, nachdem drei (!) kompetente Ärzte mehrfach (!) auf die Patientin eingewirkt hatten. Die Formulierung des BGH "mit welchen Mitteln auch immer" ist hierfür nicht gerade hilfreich. Meines Erachtens kann man das Verhalten des Zahnarztes durchaus als standeswidrig bezeichnen. Das bedeutet noch keinesfalls, daß Grundsätze der ärztlichen Standesethik in jedem Fall in das "Recht" (kodifiziert oder Richterrecht) einbezogen und Verstöße zu kriminellem Unrecht gestempelt werden müssen. Weisen doch vor allem Juristen häufig darauf hin, daß sich das "Recht" auf das "ethische Minimum" beschränken sollte, was insbesondere für strafrechtliche Sanktionen zu gelten hat. -

. Zu den häufigsten Unfallfolgen im Kieferbereich gehört das Zahntrauma. Leider ist seit Jahren eine stetige Zunahme von Frontzahnverletzungen zu verzeichnen. Spiel- , Sport- und Verkehrsunfälle spielen die größte Rolle. Im Milchgebiß dominiert die zentrale Luxation (Intrusion). Nach Jacobs sollten die Eltern bzw. die

Patienten auf mögliche Folgeschäden hingewiesen werden, wobei das Aufklärungsgespräch schriftlich zu dokumentieren ist (118). Bei Kontrollstudien über Spätfolgen nach Frontzahnverletzungen (119) waren bei 68 % der traumatisierten Ersatzzähne pathologische Befunde nachzuweisen. Die Autoren fordern daher, bei der Aufklärung besonders eindringlich auf die Spätfolgen und die Notwendigkeit von Kontrolluntersuchungen hinzuweisen.

Zu den angesprochenen möglichen Unfallfolgen zählen: Zahndeformierungen, ausbleibendes Wurzelwachstum, Störung der Wurzelbildung; bei Kleinkindern ist erst nach dem vierten Lebensjahr mit Schäden bleibender Zähne zu rechnen. In diesen Fällen wie auch bei einer isolierten Schädigung des Parodontiums im Sinne einer ankylotischen Verwachsung kann es zu einer Retention des bleibenden Zahnes kommen. Schädigungen lassen sich erst nach mehreren Monaten, bei Kindern oft erst nach Jahren, im Röntgenbild diagnostizieren (120). Um rechtzeitig geeignete Maßnahmen ergreifen zu können, wie etwa eine kieferorthopädische Behandlung, ist also eine entsprechende Aufklärung unumgänglich (121). Die schriftliche Fixierung frühzeitig erforderlicher Aufklärungsgespräche ist auch hier zur forensischen Absicherung dringend zu empfehlen.

Gleiches gilt für die totale Luxation eines bleibenden Zahnes, wonach mehrere Behandlungsmöglichkeiten mit verschiedenen Vor— und Nachteilen in Betracht kommen (122), über die aufzuklären wäre, nicht zuletzt unter Berücksichtigung der dezidierten Rechtsprechung des BGH zur Aufklärung bei Behandlungsalternativen.

Als Möglichkeiten kommen in Frage:

a) Replantation des Zahnes;

b) Offenhalten der Lücke mit evtl. späterer prothetischer Versorgung;

c) Einsetzen eines enossalen Implantats, z.B. eines "Tübinger Sofortimplantats";

d) Kieferorthopädische Behandlung mit Lückenschluß oder Lückenverkleinerung mit späterem prothetischen Ausgleich;

e) (Modifizierte) Marylandbrücke.

Zu a) Die Prognose des replantierten Zahnes hängt vorwiegend vom Zeitraum zwischen Trauma und Replantation ab, aber auch vom Zustand der Wurzelhaut und vom Alter des Patienten. Denn je jünger er ist, umso eher setzen unvermeidliche Resorptionsvorgänge ein. Nach den Erfahrungen in der Göttinger Zahnklinik kann bei einer nekrotischen Wurzelhaut mit einer Erhaltungszeit bis zu drei Jahren, bei intakter Wurzelhaut dagegen bis zu zehn Jahren gerechnet werden.

Nach neuesten Forschungsergebnissen sollte allerdings der implantierte Zahn bereits dann wieder extrahiert werden, wenn Resorptionen der Wurzel einsetzen, erst recht wenn diese weiter fortgeschritten sind, um dann ein "Tübinger Implantat" einzusetzen, damit der wertvolle Alveolarknochen nicht von den Resorptionsvorgängen mit erfaßt wird und das Lager für etwaige spätere Implantate schädigt (123).

Zu b) Langfristig gesehen ist das Offenhalten der Lücke mit späterer prothetischer Versorgung mittels einer Brücke die optimalste Lösung, weil dabei die Okklusion der Seitenzähne und die wichtige Eckzahnfunktion nicht negativ beeinflußt werden.

Zu c) Wie bei anderen Implantaten hat auch das Eingliedern eines Sofortimplantats generell den Nachteil einer begrenzten Lebensdauer, worauf später noch einzugehen ist. Nach einem Implantatmißerfolg kann es u.U. zu einer Atrophie des Alveolarfortsatzes mit einer erschwerten späteren prothetischen Versorgung kommen. Dagegen sprechen allerdings - bei richtiger Indikationsstellung - die Erfahrungen mit dem "Tübinger Implantat", wo keinerlei Folgeschäden auftraten, zumal noch die Möglichkeit einer Nachimplantation besteht, und zwar auch bei älteren Patienten, falls ausreichendes Knochenmaterial zur Verfügung steht (124). Ab dem 16. Lebensjahr etwa ist dieses Implantat der Reimplantation überlegen, weil es vor einer Atrophie des Alveolarknochens schützt und somit eine größere Erhaltungsdauer aufweist (123).

Zu d) Ein kieferorthopädischer Lückenschluß ist indiziert bei Spitzfront, Engstand oder Distallage des Unterkiefers, auch wenn distal der Lücke gerade ein Zahndurchbruch stattfindet, vor allem bei eingeengter Stützzone.
Es kann aber auch durch die erforderliche Mesialisierung des ersten Prämolaren an die Stelle des Eckzahns durch eine Fehl- bzw. Überbelastung zu einem frühzeitigen Verlust dieses Prämolaren kommen, der die Eckzahnführung übernehmen mußte, zu der er anatomisch nicht hinreichend geeignet ist.

Indiziert ist der Lückenschluß außerdem während des frühen Wechselgebisses. Anschließend ist aber noch eine weitere prothetische Behandlung notwendig. Handelt es sich z.B. um den Verlust des mittleren Schneidezahns, so müssen der dann mesialisierte seitliche Schneidezahn u n d

der Eckzahn durch Überkronung in einen mittleren bzw. seitlichen Schneidezahn "umgestaltet" werden; es wären also noch zusätzlich zwei Kronen erforderlich.

Zu e) Eine neuartige Methode, zeitlich fast unabhängig vom Verlust eines oder mehrerer Frontzähne, ist die sog. Klebebrücke, im Fachjargon modifizierte Marylandbrücke genannt. Voraussetzung dafür ist, daß die vorgesehenen Ankerzähne nicht zu sehr kariös zerstört sind. Diese müssen nur wenig beschliffen werden, so daß neben der nahezu schmerzlosen Behandlung damit auch ein geringerer Kostenaufwand verbunden ist.

Allerdings befindet sich diese Brückentechnik noch in einem, wenn auch fortgeschrittenen Versuchs-stadium. Daher liegen noch keine verläßlichen Zahlen über die Dauer der klinischen Haltbarkeit vor. Die Lebensdauer wird aber naturgemäß unter der von herkömmlichen Brückenersatz liegen. Gleichwohl stellt diese Methode gerade beim traumatischen Frontzahnverlust im sehr jugendlichen Alter (Kieferentwicklung noch nicht abgeschlossen) eine echte Alternative dar, nicht zuletzt weil hier ein chirurgischer Eingriff wie beim Implantateinsatz nicht erforderlich ist (125).

Selbstverständlich muß es dem behandelnden Zahnarzt überlassen bleiben, inwieweit er bei den oben unter a - e aufgeführten Alternativen die dargelegten, keinesfalls vollständigen Einzelheiten in das Aufklärungsgespräch einbeziehen will. Dies hängt, wie auch sonst bei Erfüllung der Aufklärungspflicht, von weiteren Faktoren ab: Bildungsstand, Aufnahmefähigkeit, Alter, Beruf und -kosmetisches- Interesse des Patienten, dem es auch im Rahmen der ständigen Rechtsprechung des BGH nach einer Aufklärung "im großen und ganzen" obliegt, nun seinerseits entsprechende Fragen zu stellen.

Die Bedeutung der Aufklärungspflicht in der Implantologie wird in den kommenden Jahren umso größer werden, je weiter Forschung und Praxis den Implantateinsatz fast zu einem Routineeingriff werden lassen. Es wird aber dabei immer verschiedene noch mehr oder weniger in Erprobung befindliche Systeme geben mit jeweils unterschiedlichen Vor- und Nachteilen. Somit muß eine entsprechende Alternativaufklärung über "Chancen und Risiken" der jeweils geplanten Methode im Vergleich zu anderen gleichfalls indizierten herkömmlichen und bewährten Methoden erfolgen. Nach Günther muß sogar über die persönliche Risikoquote des Operateurs, seine bisherige Bilanz, aufgeklärt werden. Der Zahnarzt, der noch keine allzu großen Erfahrungen mit der Implantologie hat, befindet sich seiner Meinung nach im Bereich der "klinischen Experimentalmedizin", was auch nach meiner Auffassung in Anlehnung an die einschlägige höchstrichterliche Rechtsprechung eine verschärfte Aufklärungspflicht zur Folge haben dürfte, ähnlich wie bei ästhetisch-plastischen Operationen. Ferner weist Günther zurecht darauf hin, daß hier eine reduzierte Aufklärung analog dem "therapeutischen Privileg" (Kontraindikation) oder der "Stufenaufklärung" (Ziff. 12.2 ff.) nicht in Frage kommt (126).

Gabka, ein erfahrener Implantologe, empfiehlt beim Fehlen einer Indikation, die Behandlung in der Regel abzulehnen. Besteht jedoch der Patient nachdrücklich auf einer Implantation, sollte man "dann sich schriftlich bestätigen lassen, daß Sie dem Patienten abgeraten haben, einen Implantatersatz anfertigen zu lassen". - Meines Erachtens ist hier besondere Vorsicht geboten, und zwar gerade im Hinblick auf das oben (S. 53/54) zitierte "Extraktionsurteil" des BGH-Strafsenats.

Im übrigen unterscheidet Gabka zwischen "zwingender" und "fakultativer" Indikation. Zwingende Indikationen bestehen bei Patienten mit Gewebsdefekten (nach Kieferresektion, Operationen nach Lippen- , Kiefer- oder Gaumenspalten, auch nach Tumoroperationen usw.), wobei die Krankenkassen die Kosten übernehmen. Zu den fakultativen Indikationen gehören z.B. allergische Erkrankungen (gegen Prothesenkunststoff, Asthma bronchiale etc.) oder auch eine starke Atrophie des Unterkiefers (106).

Vor Durchführung der Behandlung muß über eine Reihe von Komplikationsmöglichkeiten aufgeklärt werden (127) :

- Den Mißerfolge schlechthin;der Implantateinsatz kann innerhalb weniger Tage unbrauchbar werden;
- Die Erfolgsaussicht ist im Unterkiefer größer als im Oberkiefer, weil mehr Knochensubstanz zur Verfügung steht;
- Auch das optimal eingeheilte Implantat mit einer perfekten prothetischen Suprakonstruktion hat als "guter Erfolg" nur eine mittlere Haltbarkeitsdauer von 5 - 10 Jahren;
- Bei Unterkieferimplantaten kann es zu einer vorübergehenden Hypästhesie des N.mentalis kommen. Nach Angaben von Reich und Gnade wird in der Literatur des öfteren vor einer Verletzung des Gefäßnervenbündels gewarnt. Bei entsprechend gefährdeter Lage des N.alveolaris inferior sollte der Patient auf mögliche Komplikationen, wie Sensibilitätsstörungen, hingewiesen werden, die wohl analog der BGH-Rechtsprechung als "typisch" anzusehen wären.
- Abstoßreaktion mit Verlust des Implantats (Sequestrierung);

- Erhöhte Abstoßungsrate der Implantate bei schlechter Mundhygiene;

  Hierzu schreibt Tetsch: "Bei älteren zahnlosen Patienten sind diese Untersuchungen in noch kürzeren Zeitabständen notwendig, da sie trotz intensiver Unterweisung und Aufklärung häufig nicht in der Lage sind, eine ausreichende Pflege der Stegkonstruktionen und des Ersatzes durchzuführen." (128)

- U.U. muß dem Patienten noch zu einer Vestibulumplastik evtl. mit einer Mundbodensenkung geraten werden, um Zugwirkungen der Alveolarmukose zu verhindern, die zu Taschen und Infektionen an den Implantaten führen kann (128).

- Werden Implantate z.B. nach traumatischem Frontzahnverlust während der Wachstumsphase eingesetzt, so kommt es über kurz oder lang zu einer Reduktion des entsprechenden Alveolarfortsatzwachstums, so daß dann eine Erneuerung der Suprakonstruktion notwendig werden kann.

- Auch hinsichtlich der Kosten müssen die Eltern bzw. Patienten rechtzeitig aufgeklärt werden,um spätere Enttäuschungen und Streitigkeiten zu vermeiden;

- Bei Verfahren mit fraglichem Dauererfolg, wie z.B. bei Versuchen mit Keramikimplantaten nach Kirschner, sollten die Patienten eingehend und unmißverständlich über den Versuchscharakter aufgeklärt werden, wobei sich derartige Experimente bzw. Methoden bis zu ihrer Bewährung auf eine möglichst kleine Anzahl von Personen beschränken müßte.

  Prof. Deutsch fordert ganz allgemein die "Privilegierung der Versuche", damit die zahnärztliche Wissenschaft im Interesse der Patienten fortschreitet, ohne dabei die besondere Bedeutung der notwendigen Aufklärung in Zweifel zu ziehen (129).

Im Hinblick auf die skizzierte Vielfalt von möglichen Komplikationen mit entsprechenden, zumindest empfehlenswerten Aufklärungsinhalten ist m.E. gerade im Bereich der Implantologie, mit teilweise sehr teueren und aufwendigen prothetischen Suprakonstruktionen, eine sorgfältige Dokumentation der Aufklärung dringend anzuraten.

Ein weiteres Beispiel der schon in anderem Zusammenhang wiederholt erwähnten Alternativaufklärung ist die chirurgische Excision der Epulis , einer gutartigen, reaktiven Hyperplasie des Alveolarfortsatzes. Dabei können die Zähne belassen werden, wenn im Röntgenbild keine pathologischen Veränderungen zu erkennen sind. Jedoch ist die Gefahr des Rezidivs dann größer als bei der zusätzlichen Zahnentfernung. Daher kann im ersten Fall eine Rezidivoperation mit Nachholung der Zahnextraktion erforderlich werden, worauf Krüger hinzuweisen empfiehlt (130).

Auch bei der Entfernung von Kieferzysten sollte je nach gewählter Operationsmethode über Alternativen aufgeklärt werden. So ist bei der am häufigsten durchgeführten Zystektomie nach Partsch I auch bei regelkonformer Durchführung mit Heilungsstörungen zu rechnen. Es kann zu einer Retraktion und Infektion des Koagulums kommen mit einer damit verbundenen Dehiszenz der Wundränder. Dieses Risiko ist im Verhältnis 1 : 3 anzusetzen, worüber aufzuklären ist. Nach Günther braucht der Operateur damit nicht die Beweislast für einen etwaigen Mißerfolg zu übernehmen, weil es bei richtiger Indikation im Regelfall keine echte Alternative gibt. Bei der gelegentlich durchgeführten Zystostomie ist zwar seltener mit Heilungsstörungen zu rechnen dafür aber vermehrt mit Rezidiven (131).

Andere aufklärungsbedürftige Risiken sind ferner mögliche Schädigungen benachbarter Zähne mit einer evtl. später notwendigen Wurzelkanalbehandlung bzw. Extraktion, außerdem bei großen Unterkieferzysten die Schädigung des N.alveolaris inferior, in extrem seltenen Fällen sogar ein Kieferbruch (132).

Niemand wird wohl bestreiten, daß die Zahnärzteschaft ohne Rücksicht auf finanzielle Eigeninteressen in einer umfangreichen ständigen Öffentlichkeitsarbeit (Kindergarten, Schule, Massenmedien) prophylaktische Maßnahmen propagiert, damit breite Schichten der Bevölkerung möglichst lange oder auf Lebenszeit das natürliche Gebiß erhalten können. Erfolge dieser Bemühungen sind vorerst mehr auf dem Gebiet der Kariesverhütung zu erwarten als in der Parodontologie. So wird in der näheren Zukunft die "Parodontose" eine immer größere Rolle spielen. Ist sie doch bereits heute nach dem 40. Lebensjahr die Hauptursache für einen Zahnverlust. Umso wichtiger ist es, die Patienten auf die verschiedenen Möglichkeiten einer wirksamen Parodontalbehandlung hinzuweisen, nicht zuletzt auch auf eine regelmäßige Mitarbeit (133), die gerade in der Parodontologie, wie kaum in einem anderen Zweig der Zahnheilkunde, notwendig ist bzw. überhaupt eine Grundvoraussetzung darstellt. Dies bezieht sich ebenfalls auf eine sich stets anschließende Nachbehandlung, wobei zurecht vierteljährige Kontrollen empfohlen werden (134).

Im Rahmen der postoperativen Anweisung sollte die Aufklärung nach einem parodonatal-chirurgischen Eingriff u.a. folgendes beinhalten:

- Bis mindestens drei Stunden nach der Operation, bei Schwellungen bis zu drei Tagen, feucht-kalte Kompressen;

- Der Zahnfleischverband dient dem Schutz der Wunde; in den verbandfreien Bereichen müssen die Zähne regelmäßig und sorgfältig geputzt werden; auch die Benutzung von Zahnseide ist zu empfehlen; danach eine Minute lang Mundspülung mit unverdünnter Chlorhexamedlösung;

- Beim Auftreten von Blutungen ist zu beachten: wiederholt heißes Salzwasser ca. zwei Minuten im Mund behalten; etwa 10 Minuten lang auf das betreffende Gebiet ein sauberes, keimfreies Tuch pressen; falls keine Besserung eintritt unverzüglich den Zahnarzt konsultieren (135).

Zur therapeutischen oder Sicherungsaufklärung in der zahnärztlichen Chirurgie nach einer Operation (136) gehören z.B. folgende kurz skizzierte Empfehlungen:

- Das postoperative Kollateralödem wird durch feuchtkalte Umschläge gemildert, keine Wärme;

- Nicht rauchen (mindestens drei Tage, kein Kaffee, Tee oder Alkohol, keine schleimbildenden Speisen am Operationstag;

- Keine körperliche Anstrengung;

- Am gleichen Tag den Mund nicht spülen;

- Im Rahmen einer erforderlichen Antibiotikabehandlung soll sich der Patient bei allergischen Reaktionen (vgl. S.43) sofort melden und notfalls eine Klinik aufsuchen (137). Der behandelnde Arzt muß dabei den Namen des Medikaments schriftlich für den Patienten vermerken, damit dieser einen evtl. später zu konsultierenden Arzt entsprechend informieren und die erneute Verschreibung des auslösenden Medikaments vermeiden kann (96).

5.4 Kieferchirurgie

Bei der radikalen Operation der Kieferhöhle wird im Rahmen der gebräuchlichsten Methode nach Caldwell-Luc die erkrankte Schleimhaut mit dem Ziel ausgeräumt, einen ausreichenden Sekretabluß durch Anlegung eines großen Nasenfensters im unteren Nasengang zu erreichen (138).

Wegen der häufigen, zum Teil drastischen Nachwirkungen post operationem (139) wird - falls nur irgend möglich - zunehmend die konservative Methode bevorzugt (140). Besteht je nach Lage des Falles eine echte Wahlmöglichkeit zwischen der konservativen und der operativen Therapie, sollte m.E. im Hinblick auf die Grundsätze der höchstrichterlichen Rechtsprechung aufgeklärt werden.

Zu den häufigsten Komplikationen der Kieferhöhlenoperation zählen:

- An-, Hyper- und Parästhesien im Ausbreitungsgebiet des N.infraorbitalis; nach Günther in 30 % der Fälle oft von jahrelanger Dauer und teils mit nicht unerheblichen neuralgischen Schmerzen, verursacht durch eine postoperative Verziehung des Nerven;

- Eine teilweise länger andauernde Taubheit der Zähne im Operationsgebiet, vor allem des Eckzahns. Nachdem die Blutversorgung nicht unterbrochen ist, regeneriert sich die Sensibilität in der Regel innerhalb eines Zeitraums von einigen Monaten bis zu einem Jahr;

- Kopfschmerzen, Druckgefühl, Wetterfühligkeit, chronische Rhinitis mit persistierendem Sekretabfluß aus der Nase.

Da sich die Behandlung der Sensibilitätsstörungen kompliziert gestalten kann, sollte m.E. auch darüber zumindest in groben Zügen aufgeklärt werden.

Als Therapie käme in Frage: eine vorübergehende oder dauernde Ausschaltung des Nerven, z.B. durch Injektion eines Depot-Anästhetikums oder eine operative Ausschaltung durch Neurexhairese oder Injektion von Alkohol in den chirurgisch freigelegten Nerven (141). Führt dies alles nicht zum Erfolg, ist eine Überweisung des Patienten zum Neurochirurgen geboten, um durch Elektrokoagulation bzw. intrakranielle Freilegung die Trigeminuswurzel zu unterbrechen (142).

Nach operativen Eingriffen im Parotisbereich(etwa bei Entfernung gut- und bösartiger Geschwülste der Glandula parotis), kann sich beispielsweise das sog. auriculotemporale Syndrom ausbilden: plötzlich auftretende Rötungen der Haut, Schweißausbrüche, besonders vor dem Ohr lokalisierte brennende Schmerzen. Die anfallartigen Erscheinungen werden hervorgerufen durch verschiedene Reize, Unterkieferbewegungen und durch Speisen, die eine starke Speichelsekretion verursachen. Erwägenswert ist eine Aufklärung über die Art der Therapie, wie z.B. eine operative Durchtrennung des Nerven (142).

Bei derartigen Operationen im Ohrbereich kann ferner eine Parese des N.facialis - mit schwieriger operativer Behandlung (143) - auftreten, wobei sich folgende Symptome ergeben: Lähmung einer Gesichtshälfte mit Ausfall der mimischen Muskulatur; der Mund ist dabei zur gesunden Seite verzogen, die Nasolabialfalte ist verstrichen, die Stirn ist glatter als auf der gesunden Seite, Stirnrunzeln ist nicht mehr möglich und die Lidspalte bleibt beim Lidschluß auf der kranken Seite offen (142).

Während der Operation von Parotisgeschülsten wird die histologische Diagnose meist im Rahmen einer Schnellschnittuntersuchung gestellt, von deren Ergebnis der weitere Operationsablauf abhängt, wie die Frage der Erhaltung bzw. Schonung des N.facialis. Bei gutartigen Tumoren kommt eine konservative Parotidektomie mit Erhaltung des Nerven in Betracht. Ist die Geschwulst dagegen bösartig, muß ohne Schonung des Nerven eine radikale Parotidektomie, evtl. mit einer Neck dissection, durchgeführt werden, wobei häufig bei jüngeren Patienten in günstig gelagerten Fällen ein Nerventransplantat gesetzt werden kann (144). Für den gewissenhaften Operateur ist es auch ohne "forensischen Druck" eine Selbstverständlichkeit, den Patienten über diese Zusammenhänge in groben Zügen zu informieren.

Die oben angeführten Nervenverletzungen (incl. des N.mandibularis, N.meatus externi) können auch im Rahmen einer Operation am Kiefergelenk auftreten, wie z.B. bei einer Ankyloseoperation mit teilweise drastischen Komplikationen, wie Eröffnung der Schädelhöhle, Arthrosis deformans im Gegengelenk, Akyloserezidiv u.a., deren Darstellung im einzelnen zu weit führen würde (145). Da es sich um keine vital indizierte Operation handelt, ist wohl eine adäquate Aufklärung erforderlich.

Wird bei einer bösartigen Geschwulst eine radikale Neck dissection vorgenommen, muß dabei meisten der N.aecessorius mit entfernt werden, verbunden mit dem Hinweis, daß die autologe Nervenersatzplastik zur Wiederherstellung des Nerven heute kein Problem mehr darstellt. Wenn dagegen die Operationszeit zur Vermeidung eines zu hohen Risikos (Kreislauf, Anästhesie) nicht weiter verlängert werden kann, müßte evtl. auf die Nervenrekonstruktion verzichtet werden, was dann zur Folge hätte:

- Zervikobrachiales Syndrom durch unphysiologische Zug- und Druckbelastung im Bereich des Schultergürtels;
- Atrophie des M.trapezius, Fehlstellung des Schulterblattes und des Schlüsselbeins;
- Bewegungseinschränkung, Kraftverlust (146)

Bei Behandlung eines Tumors in der Mundhöhle mit ionisierenden Strahlen können bereits geringe entzündliche Reize eine Osteoradionekrose auslösen. Dieser Prozeß kann u.U. erst viele Jahre später, vorzugsweise im Unterkiefer, auftreten. Dabei kommt es oft zu einer entzündlichen Infiltration, Fistelbildung, freiliegende Knochen, Knochennekrose, Spontanfrakturen, neuralgieartige Schmerzen u.a. (147). Der Patient müßte bei einer Strahlenbehandlung zumindest in groben Zügen hierüber aufgeklärt werden, wie auch in anderen von der Rechtsprechung behandelten Fällen mit höherer Strahlenbelastung.

Im Rahmen der chirurgischen Versorgung von Patienten mit Dysgnathien bei Kieferfrakturen ist eine gleichzeitige operative Behandlung der Fraktur u n d der Dysgnathie möglich. Erforderlich ist dabei eine detaillierte Aufklärung des Patienten (148).

Zur Alternativaufklärung der Behandlung von Frakturen gehört, auf die verschiedenen Vor- und Nachteile der operativen und der konservativen Behandlung hinzuweisen:

Bei der konservativen Therapie, etwa eines Unterkieferbruchs, kann nur in günstig gelagerten Fällen ein unimaxillärer Schienenverband für vier bis sechs Wochen genügen (149). Handelt es sich um kompliziertere Frakturen, ist zusätzlich eine Hilfsschiene im Oberkiefer zur intermaxillären Fixation auf die Dauer von etwa fünf bis sechs Wochen notwendig, so daß sich der Patient nur noch mit flüssiger Kost ernähren kann.

Die operative Behandlung ist somit meist in schwierigeren Fällen indiziert unter Verwendung z.B. von Druckschraubenplatten oder Minikompressionsplatten nach Luhr. Dabei kann die Hilfsschiene am Ende der Operation wieder entfernt werden, der Unterkiefer ist dann nahezu voll "einsatzfähig" (150).

Nach Günther zwingen die "entzündlichen Komplikationen der Kompressionsosteosynthese" von über 3 % bei der chirurgischen Therapie zu einer "ausführlichen Risiko- und Selbstbestimmungsaufklärung". - Allerdings ist das Infektionsrisiko bei der Plattenosteosynthese nach Luhr nicht größer als bei einer konservativen Frakturversorgung (151), so daß m.E. konsequenterweise für beide Behandlungsmethoden insoweit ein allgemeiner Hinweis auf die Infektionsgefahr veranlaßt und ausreichend wäre. Dies gilt in Anlehnung an die Rechtsprechung des BGH umso eher, als gerade bei einer konservativen Versorgung das Infektionsrisiko aus der Sicht eines medizinischen Laien, des "verständigen Patienten", überraschender ist als für den chirurgischen Bereich.

Bei den am häufigsten verwendeten Schienen nach Schuchardt kann es gelegentlich zu Schäden am Parodontium und zu Demineralisationen an den Zähnen kommen (152), über die evtl. vorher aufzuklären wäre.

Die oben angesprochene Alternativaufklärung kommt bei entsprechender Indikation vor allem bei Patienten in Betracht, die sich ein mindestens vier Wochen lang intermaxillär verschnürtes Gebiss aus beruflichen Gründen "nicht leisten können". Auch die Anästhesie (lokal bzw. allgemein) wäre in das Aufklärungsgespräch mit einzubeziehen.

Ein weiteres aufklärungsbedürftiges Risiko bei Frakturen liegt darin, einen Zahn im Bruchspalt zu belassen, weil es dann zu einer verzögerten Knochenbruchheilung kommen kann: Bildung von Bruchspaltinfektionen, Bruchspaltosteomyelitis, Knochentaschen, Pseudarthrose, Wurzelresorptionen usw. (153)

Nach Jacobs ist es allerdings einen "Erhaltungsversuch" wert, vorher vitale und die mit einer guten Wurzelfüllung versehenen Zähne ohne apicale Befunde unter Antibiotikaschutz zu belassen, wobei eine regelmäßige Überwachung, insbesonder wegen einer evtl. später noch durchzuführenden Wurzelspitzenresektion notwendig ist (154).

Eine Alternativaufklärung ist m.E. wohl darüber erforderlich, daß die Methode der "transantralen Reposition und Fixation" ohne äußerlich sichtbare Narben bei der Behandlung von Orbitabodenfrakturen risikoreicher ist als jene, bei der ein extraoraler Zugangsweg mit einer Orbitabodenrekonstruktion durch lyophilisierte Dura oder autologen Knorpel gewählt wird. Bei der erstgenannten Methode muß nämlich die Kieferhöhle tamponiert werden, wobei die Gefahr einer eitrigen Sinusitis besteht. Auch läßt sich die orthograde Einstellung des Bulbus weniger exakt durchführen (155).

Im Rahmen der präprothetischen Chirurgie ist bei allen Aufbauplastiken (z.B. bei der absoluten Alveolarkammerhöhung) nach Günther eine ausführliche Aufklärung über "typische Risiken" erforderlich: Einheilungsstörungen infolge einer Infektion; Verlagerung oder Nekrose des Transplantats, Schädigung des N.mentalis. Bei Mundbodenplastiken im Unterkiefer muß von einer Versagerquote von 25 % ausgegangen werden, wenn eine fortgeschrittene Atrophie des Unterkieferalveolarforsatzes vorliegt (156)

Falls dem Zahnarzt Anomalien des Kauschädels auffallen, ist es "rechtliche Pflicht" im Sinne der Rehabilitations- und Präventivmedizin, den Patienten an Fachmediziner (Kieferorthopäden, Kieferchirurgen, HNO-Arzt, Kinderchirurgen) zu überweisen. Dazu müssen Die Eltern bzw. der Patient von der Notwendigkeit der Behandlung überzeugt werden.

"Die Unverzüglichkeit der Überweisung ergibt sich (nach Günther) zwingend aus den Gründen:

- Die Anomalie kann Risiken für Gesundheit und Leben des Trägers einschließen.
- Die Anomalie kann mit weiteren, u.U. ihrerseits risikohaltigen Anomalien kombiniert sein.
- Die Anomalie kann zur Verschlimmerung und zur Verringerung der Behandlungschancen neigen.
- Die Anomalie kann Störungen der Persönlichkeitsentwicklung, angewandten Intelligenz und der Integrierung des Trägers in die soziale Gemeinschaft bewirken. "

Wegen weiterer Einzelheiten darf auf die präzisen und überzeugenden Ausführungen im Standardwerk von Günther verwiesen werden (157).

Gebißanomalien bei Patienten mit Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten können auch operationsbedingt sein; denn Operationen im Wachsumtsalter beeinflussen im allgemeinen die weitere Entwicklung. Solche Entwicklungsstörungen treten im Milchgebiß nur wenig in Erscheinung, wie z.B. Kreuzbiß in der Eckzahngegend und Hochstand der spaltnahen Zähne.

Eine Aufklärung dürfte sich m.E. empfehlen hinsichtlich möglicher Wachstumsstörungen im Wechselgebiß: Die sagittale und transversale Wachstumshemmung verstärkt sich (z.B. ein frontaler Kreuzbiß, es kann zu einer Pseudoprogenie, durch die funktionelle Wirkung der Zunge sogar zu einer - abgeschwächten - echten Progenie kommen.

Schließlich sollten auch Hinweise auf Schwierigkeiten bei der späteren kieferorthopädischen und prothetischen Behandlung nicht fehlen:

Die kieferorthopädische Behandlung dauert oft länger als normal, weil durch postoperative Narbenbildungen die Beeinflußbarkeit im Oberkiefer erschwert ist; evtl. wird auch eine Dauerretention durch prothetische Maßnahmen erforderlich (158).

Vor einer Protheseneingliederung sind häufig partielle Sulcusplastiken nötig, da es durch den Verschluß der Lippen-, Kiefer- und Gaumenspalten, besonders in Verbindung mit einer Osteoplastik, vielfach zu einer Einengung des Vestibulums kommt (159).

Die chirurgische Kieferorthopädie der Progenie, Pseudoprogenie, Retrogenie und Prognathie (160) hat oft Sensibilitätsstörungen in den entsprechenden Ausbreitungsgebieten der Nerven zur Folge. Wegen des überwiegend kosmetisch-ästhetischen Charakters solcher Eingriffe sollte ggf. möglichst umfassend aufgeklärt werden, und zwar mit Rücksicht auf die oben (Z.4.15, S.26/27) zitierten strengen Anforderungen der Rechtsprechung zur Aufklärungspflicht bei kosmetischen Operationen.

Dies gilt erst recht für ein zervikofaciales Lifting. Der Patient mit tiefen Runzeln der Gesichtshaut müßte darüber aufgeklärt werden, daß durch die Hautstraffung nur eine Abflachung erzielt wird, aber die Falten dadurch nicht ganz beseitigt werden. Patienten, die nur ein "bißchen" geliftet werden wollen, sind darüber zu informieren, daß es bei Kompromissen hinsichtlich der Spannung oder der Mobilisationsausdehnung u.U. nur zu einem unwesentlichen Erfolg kommen kann. Wegen näherer Einzelheiten darf auch insoweit auf die ausführliche Darstellung bei Günther verwiesen werden (161).

Auch bei der chirurgischen Behandlung des offenen Bisses muß in gewissen Fällen aufgeklärt werden: Wird z.B. eine Osteotomie im Frontzahnbereich ohne vorherige Extraktion von zwei Zähnen durchgeführt, besteht die Gefahr einer Wurzelfreilegung mit Ausbildung einer Knochentasche, was dann evtl. zur Extraktion von vier Zähnen (jeweils einer mesial und distal der Osteotomiestelle auf jeder Seite) führen kann. Deshalb ist es besser, prae operationem auf jeder Seite einen Zahn zu entfernen; die entstehende Lücke muß dann allerdings später prothetisch durch eine Brücke geschlossen werden (162). Hinzuweisen wäre auch auf einen - allerdings fast immer reversiblen - Sensibilitätsverlust im Bereich des osteotomierten Segments, ebenso auf eine in manchen Fällen hohe Rezidivquote (163).

5.5 Kieferorthopädie

Bei vielen Kindern werden schon durch routinemäßige Kontrollen, wie z.B. im Rahmen einer schulzahnärztlichen Untersuchung, selbst so geringgradige Dysgnathien festgestellt, daß sie für einen Laien noch gar nicht erkennbar sind. Nach schriftlicher Verständigung der Eltern soll in einem eingehenden fachärztlichen Beratungsgespräch das Interesse, Verständnis und die Einsicht in die Notwendigkeit einer kieferorthopädischen Behandlung geweckt werden (164), nicht zuletzt unter Aufklärung über die nachteiligen Folgen einer unterlassenen Behandlung.

Noch v o r Beginn der vorgesehenen Behandlung muß im beiderseitigen Interesse die Kostenfrage geklärt werden, insbesondere die Höhe des auf den Patienten entfallenden Selbstkostenanteils, was in der Regel

erst im Zusammenwirken mit der zuständigen Krankenkasse möglich sein dürfte (Kostenvoranschlag, Heil- und Kostenplan, Genehmigung der Kasse usw.). Andernfalls läuft der Arzt Gefahr, daß sogar ein schriftlich abgeschlossener Behandlungsvertrag später von einem Gericht für rechtlich unwirksam erklärt wird.

So ist in einer solchen Entscheidung vom 6.6.1980 (165) wörtlich ausgeführt:

" Bei der gebotenen objektiven Betrachtungsweise ist die Willenserklärung der Mutter der Beklagten als deren Vertreterin dahingehend auszulegen, daß sie davon ausging, daß die Honorierung der Kl. ausschließlich und zur Gänze von der Krankenversicherung der Bekl. erfolgen werde. Dies ergibt sich zum einen eindeutig aus der Art und Weise der Kontaktaufnahme mit den Kl., nämlich aufgrund einer nur bei pflichtversicherten üblichen Überweisung durch den sogenannten Hausarzt. Zum anderen folgt das daraus, daß entgegen der Auffassung der Kl. es heute noch nicht üblich ist und demnach auch nicht zum Allgemeinwissen eines Pflichtversicherten gehört, daß auch auf einen Pflichtversicherten in jedem Fall bei einer zahnärztlichen Behandlung ein Selbstkostenanteil entfällt. Demzufolge konnte die Mutter der Bekl... davon ausgehen,... daß die Behandlung für die Tochter der Bekl."kostenfrei" erfolgen werden... " -

Diese Ausführungen des Amtsgerichts zum sog. versteckten Dissens gem. § 155 BGB können nur als lebens- und praxisfremd bezeichnet werden. Sowohl über die Versicherungsbedingungen, ferner die laufend gerade von der BEK übersandten Aufklärungsbroschüren, die häufigen Publikationen in den Massenmedien (z.B. als der Selbstkostenanteil in der Zahnprothetik vom Zahnarzt auf die Technik verlagert wurde) gehören heute so zum allgemeinen Wissensgut auch der gesetzlich versicherten Patienten als "mündige Bürger", daß der Zahnarzt bzw. Kieferorthopäde hiervon auch ohne besondere Aufklärung ausgehen kann. Hinzu kommt im konkreten Fall, daß nicht nur das Kind, sondern auch die Mutter und vermutlich der Vater BEK-versichert waren und das

Gericht vermutlich nicht einmal danach gefragt hat, ob nicht wenigstens bei den Eltern einmal, z.B. im zahnprothetischen Bereich (Krone,Stiftzahn u.ä.), eine Leistung mit Selbstkostenanteil erbracht worden war, was gem. § 166 Abs.I BGB rechtlich allein schon zugunsten der Ärzte ausschlaggebend gewesen wäre, für die überdies bezüglich des einschlägigen "Wissens" der Mutter auf alle Fälle der sog. Beweis des ersten Anscheins sprach (166).

Das zitierte Urteil betrifft zwar eine kieferorthopädische Behandlung. Es läßt sich aber analog auch auf den Bereich der Prothetik als "Warnung vor den Unwägbarkeiten der Rechtsprechung" übertragen. -

Zum weiteren Aufklärungsgespräch gehört die Belehrung des Kindes u n d der Eltern, daß ihre gewissenhafte Mitarbeit - bzw. erzieherische und psychologische Unterstützung des Kindes - von ganz wesentlicher Bedeutung für das Gelingen der Behandlung ist. Hierzu zählen das weisungsgemäße Tragen der kieferorthopädischen Apparate sowie eine sorgfältige Mund- und Zahnpflege, weil gerade bei solchen Apparaten als "Speisefänger" Parodontitiden und Karies entstehen können.

Schmuth tritt dafür ein, sich von den Eltern auf jeden Fall die erfolgte Aufklärung - auch bei Ablehnung der Behandlung - schriftlich bestätigen zu lassen, damit der Arzt "im Falle einer gerichtlichen Auseinandersetzung nicht die Beweislast tragen muß" (164)

Wohl im Hinblick auf die strengen Beweisanforderungen des BGH bringt Günther ein Beispiel für "einen auf kieferorthopädische Behandlung abgestimmten Revers" (167), der zwei ganze Buchseiten

umfaßt. Hierin wird u.a. darauf hingewiesen, daß es zu parodontalen Schädigungen, zu einer vorübergehenden Lockerung der Zähne mit kurzzeitiger Überempfindlichkeit durch die notwendigen Knochenumbauvorgänge kommen kann, ferner auf das Auftreten von Rezidiven.

In einer Untersuchung wurde dazu festgestellt, daß bei 32 % der Patienten nach der kieferorthopädischen Behandlung später deutliche Rückfallerscheinungen aufgetreten waren; bei 12 % war das Ergebnis sogar so schlecht, daß die gesamte Behandlung als nutzlos angesehen werden mußte (168).

Das Auftreten von Rezidiven kann verschiedenartige, vom Behandler nicht zu vertretende und unvorhersehbare Ursachen haben, worauf die Eltern wohl allgemein hinzuweisen wären, allerdings mit der beruhigenden Ergänzung, daß eine "übertriebene Ängstlichkeit vor Rückfällen unangebracht" ist (169). Aufzuklären wäre z.B. über das komplizierte Wechselspiel zwischen endogenen, vor allem Wachstums- und erbbedingten Faktoren sowie exogenen Ursachen, wie etwa Lutschen, Zungenpressen und Lippenbeißen. Weitere Ursachen können sein: das Ausbleiben der "funktionellen Anpassung", der Einfluß der Gewebestruktur, aber natürlich auch die Art der Anomalie (168), von der die zu befürchtende Rezidivquote abhängt (Progenie, Diastema, lückige Protrusion u.a.).

Ferner ist m.E. eine Information der Eltern hinsichtlich der voraussichtlichen Behandlungsdauer nötig, z.B. mit dem Hinweis, daß die Behandlung auf keinen Fall vor einer Einstellung aller zweiten Molaren definitiv beendet werden darf (168).

Unumgänglich ist die Aufklärung auch über evtl. erforderliche Extraktionen gesunder Zähne, die primär für einen Platzgewinn sorgen und langfristig

zusätzlich einen ausgesprochenen Rezidivschutz ergeben (168). Gerade diese Aufklärung u n d die ausdrückliche Zustimmung der Eltern ist hier zu Beweiszwecken sorgfältig zu dokumentieren, am "sichersten" natürlich mit Unterschrift der Eltern.

5.6 Schlußbemerkungen zur Z M K mit einem Dokumentationsvorschlag für die zahnärztliche Praxis zur forensischen Absicherung.

Bei einer größeren Anzahl der oben angeführten Fälle wurde aus Zweckmäßigkeitsgründen bewußt nicht zwischen den einzelnen Aufklärungstypen mit verschiedener Beweislastverteilung differenziert, also der sog. Befund-/Diagnoseaufklärung, der Sicherungsaufklärung (z.T. auch als therapeutische Aufklärung bezeichnet) und der in der Praxis besonders umstrittenen Eingriffs- oder Risikoaufklärung. Denn einmal wären bei einer solch strengen Unterscheidung die wiedergegebenen Fallgestaltungen sehr unübersichtlich geworden, nicht zuletzt weil sich die drei Gruppen häufig überschneiden und ihre Grenzen fließend sind, was sich besonders in der Kieferorthopädie zeigt. Zum andern bewegt man sich bei der Aufklärungsproblematik im Z M K - Bereich weitgehend auf schwankendem Boden, nachdem hier noch keine richtungweisenden höchstrichterlichen Urteile vorliegen.

Diese Schwierigkeit zeigt sich übrigens auch bei den zitierten Autoren, die vor allem den Umfang der jeweils postulierten Aufklärungspflicht unterschiedlich gewichten und - ebenso wie der Verfasser dieser Arbeit - zum Teil mehr, und möglicherweise zu sehr, die forensische Absicherung im Auge haben. Allerdings sollte

man sich nicht mit dem Gedanken beruhigen, daß etwa auf dem Gebiet der Sicherungsaufklärung doch die Beweislast den Patienten treffe. Denn die Rechtsprechung hat insoweit zugunsten des Patienten Beweiserleichterungen geschaffen, was die oben unter Ziff.3.3 (S.13) wörtlich zitierten Ausführungen des BGH in dem "Sterilisationsurteil" vom 10.1.1981 (29) deutlich unterstreichen. Hier spielt auch die sonstige Rechtsprechung des BGH zu beweisrechtlichen Fragen nach "Sphärengesichtspunkten" eine Rolle, zugespitzt auf die Feststellung, daß der Beweis eines Negativums, also der "Nichtaufklärung", durch den Patienten so gut wie ausgeschlossen ist (170).

Es wäre somit vermessen, abweichende Auffassungen über das "ob" und den Umfang der erörterten Aufklärungspflichten von vorneherein als verfehlt anzusehen. Unterschiede in den Anforderungen an die Aufklärungspflicht ergeben sich naturgemäß schon aus den verschiedenen Fachgebieten der Z M K . Deshalb werden etwa in der Kieferchirurgie mit vielfach gravierenden Eingriffen "Aufklärungsstandards" zu fordern sein, wie sie generell für die Chirurgie in der Humanmedizin gelten, abgesehen davon, daß sich auch hier die fachchirurgischen Gebiete häufig überschneiden. So lag auch dem bedeutendem und viel besprochenen Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 25.7.1979 (14) mit seinem im Schrifttum zurecht überwiegend abgelehnten Minderheitenvotum ein Haftpflichtprozeß gegen einen Kieferchirurgen zugrunde. Andererseits könnte man sich bei der zahnärztlichen Chirurgie - in vielen Fällen wohl berechtigt - auf den BGH berufen, der jedenfalls in der Humanmedizin bei geringfügigen Routineeingriffen für den Regelfall eine Aufklärungspflicht bezüglich etwaiger Risiken verneint (171).

Das gleiche gilt für den Umfang der Risikoaufklärung, nachdem der BGH in ständiger Rechtsprechung seine Standardformulierung wiederholt, wonach im allgemeinen eine Aufklärung "im großen und ganzen" ausreichend ist. Der BGH ging im vielzitierten Fall einer Appendektomie sogar so weit, daß er den Hinweis, eine Operation sei eben eine Operation, genügen ließ (172).

Immer jedoch sollte man dem Arzt auch im Bereich der ZMK einen gewissen Freiraum zugestehen, weil e r es ist, der die konkreten Umstände, die psychische Verfassung des Patienten, seine Aufnahmefähigkeit, Belastbarkeit usw. am besten zu beurteilen vermag.

Dies gilt in besonderem Maße für den Alltag der zahnärztlichen Paxis. Anknüpfend an die oben unter Ziff. 1.7 (S.5) mit einem humorigen Unterton angeführten "psychologisch-soziologischen Gemeinsamkeiten" zwischen Arzt und Richter (Götter in Weiß u n d Schwarz passé; gehäufte Patientenklagen u n d Urteilsschelte) kann man für den Zahnarzt und den Richter eine weitere "Gemeinsamkeit" konstatieren. Gelegentliche Meinungsumfragen ergeben nämlich immer wieder, daß der statistische Durchschnittsbürger die größte Angst vor dem Gericht und dem Zahnarzt hat. Tatsächlich muß der Zahnarzt bei den meisten Patienten diese ängstliche Grundhaltung ständig berücksichtigen, und zwar nicht nur im Rahmen einer ohnehin gebotenen, möglichst schonenden und schmerzfreien Behandlung, sondern auch durch beruhigende Hinweise, z.B. die sicherlich psychologisch-entkrampfende Standardbemerkung:
" wenn's weh' tut, heben Sie bitte gleich die Hand."
Denn ein überängstlicher Patient neigt u.a. zu Verspannungen und Zittern im Mund-Kieferbereich, auch zu plötzlichen, manchmal sehr gefährlichen Abwehrreaktionen, wobei dann mehrere Sitzungen erforderlich werden.

Schließlich kann die Angst in Verbindung mit einer Lokalanästhesie bei labilen Patienten sogar zu einem drastischen Kreislaufversagen führen.

Wie bereits oben unter Ziff. 3.1 u. 3.2 (S.11/12) dargelegt, ist im Streitfall die Beweissituation von entscheidender Bedeutung. Was nützt dem Zahnarzt das denkbar beste Aufklärungsgespräch, wenn er - oder seine Erben - es später nicht beweisen kann. Verjähren doch Haftpflichtansprüche aus "unerlaubter Handlung" erst nach 3 Jahren und solche wegen Verletzung vertraglicher Pflichten sogar erst nach 30 Jahren. Somit ist eine für den Zahnarzt forensisch relevante Dokumentation der Aufklärung dringend zu empfehlen. Schließlich muß er immer damit rechnen, daß später im Prozeß der Patient das Aufklärungsgespräch längst vergessen hat oder aus prozeßtaktischen Gründen nach anwaltschaftlicher Beratung eine Aufklärung rundweg abstreitet.

Die seit dem Urteil des BGH vom 27.6.1978 (173) rechtlich in groben Zügen fixierte allgemeine ärztliche Dokumentationspflicht mit einem etwas eingeschränkten Einsichtsrecht des Patienten ist im Rahmen dieser Dissertation nicht näher zu erörtern. Insoweit kann auf die verständlichen Erläuterungen von Günther (174) verwiesen werden.

Zu der hier interessierenden Dokumentation der Aufklärung allein zum Zwecke der juristischen Absicherung wurden bereits verschiedene, teils oben erwähnte Vorschläge publiziert. So empfiehlt F.Schön (94) ein "Wartezimmer-Schild", das in fünf Punkten Warnungen bezüglich der Verkehrstauglichkeit enthält. Wörtlich führt er weiter aus:

" Um den Zahnarzt wenigstens teilweise in seiner Verantwortung zu entlasten, habe ich Aushängeschilder anfertigen lassen, die in der Praxis im Wartezimmer sowie beim Ausgang sichtbar angebracht werden können. Die Lettern sind groß und gut lesbar. Die Firma liefert auch Handzettel, die den Patienten gezielt mitgegeben werden können. Dieser Text soll nicht nur den Patienten oder den Zahnarzt, sondern vor allem die Helferin als wichtigste Kontaktperson darauf aufmerksam machen, daß dies auch einen wichtigen Teil der Patientenbetreuung darstellt."

Prof. Hahn verweist in seinem 1980 veröffentlichten Aufsatz (76) auf "entsprechende Broschüren", die nach seiner Erwartung bald in der Literatur angeboten und im Wartezimmer verteilt werden könnten. Auf seine damit verbundenen Empfehlungen zur vorbereitenden Dokumentation der Anamnese ist hier nicht einzugehen.

Einige an sich gute Merkblätter zum Aufklärungsgespräch über jeweils spezielle Eingriffe aus dem Bereich der zahnärztlichen und "kieferärztlichen" Chirurgie gibt es auch schon im perimed-Verlag (104) als kurze und griffige Basisaufklärung im Rahmen der sog. Stufenaufklärung, die später noch näher zu erörtern ist.

Ohne jeden forensischen Beweiswert ist von vorneherein ein "Aushang" im Wartezimmer oder am Ausgang der Praxis; das gleiche gilt von "Broschüren", die von der Helferin bereits im Wartezimmer verteilt werden sollen. Denn kein Patient ist rechtlich verpflichtet, derartige "Schriftstücke" auch zu lesen. Am allerwenigsten wird er am Ausgang der Praxis irgendwelchen Schildern Beachtung schenken, weil er nach der Behandlung erleichtert möglichst rasch das "Feld räumen" will. Ein Patient könnte also im Prozeß immer erfolgreich bestreiten, daß er solche Schriftstücke gelesen u n d verstanden hat. Anders ist es selbstverständlich bei den erwähnten und vom Patienten n a c h dem Aufklärungsgespräch zu unterzeichnenden Merkblättern samt Dokumentation des perimed-Verlags .

Nach meiner Auffassung sollten derartige "Schriftstücke" in der zahnärztlichen Praxis grundsätzlich keine Verwendung finden. Sie würden nur die oben angesprochene "ängstliche Grundhaltung" zum Nachteil des Patienten und des Zahnarztes erheblich verschlimmern. Ohne "tiefschürfende psychoanalytische Überlegungen" ist es für den Durchschnittsbürger (auch dem "mündigen Bürger", dem "verständigen, vernünftigen Patienten") einleuchtend und nachvollziehbar, daß ein "Präsentieren solcher Schriftstücke" - übrigens auch eine mündliche"Überaufklärung" - in der zahnärztlichen Praxis beim Empfänger ein Gefühlsspektrum von der Verwunderung bis zum Erschrecken auslösen kann, insbesondere wenn ihm sogar noch eine Unterschrift abverlangt wird. Abgesehen von dieser zusätzlichen Verängstigung wird er auch häufig den Eindruck gewinnen, der Zahnarzt sei sich seines Wissens und Könnens selbst nicht sicher und benötige deshalb die juristische Absicherung. Mit diesem Eindruck verstärkt sich zwangsläufig seine ohnehin latente Verängstlichung und Verunsicherung. Die Situation in der zahnärztlichen Praxis aus der Sicht des medizinischen Laien, des "verständigen Patienten", ist nun eben einmal grundverschieden zu der etwa in einer Klinik vor einem operativen Eingriff.

Hinzu kommt noch ein gravierender wirtschaftlicher Aspekt des Zahnarztes mit evtl. existenzieller Bedeutung, weil bei einer derartigen Verfahrensweise mit Schriftstücken und Unterschriften viele Patienten davonlaufen oder künftig ausbleiben würden, wie mir mehrere in diesem Zusammenhang befragte Praktiker spontan und sicher zurecht erklärten, einige noch mit dem sarkastischen Hinweis, daß sie sich dann bald mit dem Sozialamt anfreunden müßten. Man kann auch davon ausgehen, daß der aus der Laiensphäre negative Eindruck vom Können des Zahnarztes nicht auf den

jeweiligen Patienten beschränkt bliebe, sondern über Angehörige und Bekannte schnell "die Runde machen" würde, sicher auch zur "stillen Schadenfreude" der Konkurrenz.

Die beweissichernde Dokumentation der Aufklärung in der zahnärztlichen Praxis sollte nach meiner Überzeugung möglichst diskret und für den Patienten unauffällig erfolgen. Zur schriftlichen Fixierung bieten sich sehr kurzgefaßte Eintragungen in der Karteikarte oder einem gesonderten Beiblatt an, die in der Regel, evtl. zeitlich parallel zum Aufklärungsgespräch, von der Helferin - z.B. nach Blickkontakt - vorgenommen werden können. Es bleibt dabei selbstverständlich jedem Zahnarzt überlassen, welchen "Katalog" solcher zahlenmäßig beschränkter Kürzel und Zeichen er für die verschiedenen Aufklärungshinweise verwenden will, die ggf. durch Stichworte ergänzt werden können.

In Anlehnung an die beiden oben unter Ziff. 5.2 (S.38-40) zitierten Urteile zur Frage der Aufklärung - "Extraktion oder Wurzelspitzenresektion bzw. Wurzelkanalbehandlung" - (83) werden hierzu zwei Beispiele für einen Vermerk vorgeschlagen, die keinesfalls als ultima ratio verstanden werden dürfen:

Datum ... / 11 - A: Ex / WSR == Ex oder
" / 11 - A: Ex / WKB == Ex

Im Klartext würde dies bedeuten: Am ... wurde der Patient bezüglich des Zahnes Nr.11 aufgeklärt (A:) über die Alternative der Extraktion oder Wurzelspitzenresektion bzw. Wurzelkanalbehandlung. Die Unterstreichung steht für die Empfehlung des Zahnarztes, das Kürzel hinter dem Zeichen " == " für die vom Patienten gewählte Behandlung, die sich ohnehin aus den schon für die Abrechnung notwendigen Eintragungen

ergibt. Dieser "Aufklärungsvermerk"muß dann sowohl von der Helferin als auch - wohl nach Verabschiedung des Patienten - vom Zahnarzt abgezeichnet werden, wobei eine Paraphe genügen dürfte. Beweisrechtlich von wesentlicher Bedeutung ist, daß die einmal gewählten Kürzel und Zeichen, die durch Stichworte ergänzt werden können, ständig Verwendung finden und allen Helferinnen (auch deren Nachfolgerinnen) geläufig sind.

Bei den hier angeführten Beispielen wird kaum ein Patient oder dessen Anwalt auf die Idee kommen, später im Rechtsstreit zu behaupten, der Zahnarzt habe nicht auf alle relevanten Gesichtspunkte hingewiesen.

In diesem Zusammenhang soll kurz aus zwei Entscheidungen des BGH zitiert werden:

Urteil vom 10.3.1981 (175):

" Daß andererseits an diese Beweisführung keine unbillig scharfen Anforderungen gestellt werden dürfen, ergibt sich sowohl aus der besonderen Natur des Arzt/Patienten-Verhältnisses wie aus dem vom erkennenden Senat für den umgekehrten Fall mehrfach aufgestellten Grundsatz, dem Arzt, der einigen Beweis für ein gewissenhaftes Aufklärungsgespräch gebracht hat, sollte im Zweifel geglaubt werden, daß die Aufklärung auch in der im Einzelfall gebotenen Weise geschehen ist... "

Beschluß vom 21.6.1983 (176):

" ... während einem Arzt, der um ein sachgemäßes Aufklärungsgespräch nachweislich bemüht war, unter Umständen auch hinsichtlich des angemessenen Inhalts dieses Gesprächs geglaubt werden solle (sonst droht eine unärztliche und auch dem Patienten nicht förderliche Formalisierung des Aufklärungsaktes).... "

Für die beweisrechtliche Situation in einem u.U. erst nach Jahren rechtshängigen Prozeß bedeutet dies: Der Zahnarzt als Partei legt nicht nur die einschlägige, sondern darüber hinaus eine gewisse Anzahl derartiger mit Aufklärungsvermerken versehener Karteikarten vor, möglichst aus verschiedenen Jahren.

Zu diesem "Beweisabschnitt" seien zwei einschlägige Bestimmungen aus der Zivilprozeßordnung (ZPO) zitiert:

> § 416: Privaturkunden begründen, sofern sie von den Ausstellern unterschrieben... sind, vollen Beweis dafür, daß die in ihnen enthaltenen Erklärungen von den Ausstellern abgegeben sind.
>
> § 420: Der Beweis wird durch die Vorlegung der Urkunde angetreten.

Kommt dann noch die Zeugenaussage einer Zahnarzthelferin seiner Praxis hinzu, so dürfte bereits zugunsten des Zahnarztes der volle Beweis für eine - implicite angemessene - Aufklärung erbracht worden sein, erst recht wenn diejenige Helferin vernommen werden kann, die den Vermerk mit abgezeichnet hat, auch wenn sie sich nicht mehr an den konkreten Fall erinnern kann. Zumindest wird dann das Gericht den Zahnarzt gem. § 448 ZPO als Partei, quasi als Zeuge in eigener Sache, vernehmen. Diese Bestimmung lautet:

> " Auch ohne Antrag einer Partei und ohne Rücksicht auf die Beweislast kann das Gericht, wenn das Ergebnis der Verhandlungen und einer etwaigen Beweisaufnahme nicht ausreicht, um seine Überzeugung von der Wahrheit oder Unwahrheit einer zu erweisenden Tatsache zu begründen, die Vernehmung einer Partei oder beider Parteien über die Tatsache anordnen."

Nach den einschlägigen Kommentaren zu den zitierten Paragraphen und der Überzeugung einiger hierzu befragter Juristen dürfte, ja müßte im Anschluß an die Parteivernehmung des Zahnarztes der "Prozeßerfolg" sicher sein (177) .

6.1 Allgemeinkritik mit "Kurzzitaten"

Gegen die oben unter Ziff.4 (S. 15 ff.) wiedergegebenen Grundsätze und Regeln der höchstrichterlichen Rechtsprechung zur ärztlichen Aufklärungspflicht ist nicht nur von seiten der Ärzteschaft, sondern auch von namhaften Juristen und Kennern des Arztrechts teilweise massive Kritik geübt worden, wobei wiederum anzumerken ist, daß auch der Umfang des "kritischen Schrifttums" unüberschaubar geworden ist.

Vorweg seien hierzu einige "markante" Äußerungen als eine Art "Blütenlese" zitiert, die selbstverständlich nicht auf Ignoranz oder Boshaftigkeit beruhen, sondern leider vor einem realen Hintergrund gesehen werden müssen, auch wenn sie - in emotionaler Verbitterung - manchmal polemisch weit überzogen sind:

" Mit einem Bein immer unterwegs in Richtung zum Rechtsanwalt und auf dem Wege ins Gefängnis ..." (178)

" Die ärztliche Aufklärungspflicht - oder der kalte Krieg zwischen Juristen und Ärzten" (9).

" ... die Aufklärungspflicht zum Schreckgespenst geworden... , als Zuchtrute der Justiz..." (8)

" ... Aufklärungsbücher... können leicht zu einem Horrorkatalog werden..." (179)

" Die möglichst abschließende Aufzählung der Eingriffsgefahren wird zum Horrorkatatlog" (180).

" ... bei der unsicheren Rechtslage liegt die Flucht des Arztes in eine Totalaufklärung nahe ...
... Der Weg zur Horrorfibel liegt nahe (181)

" ... durch die neuere Rechtsprechung eine tiefgreifende Verunsicherung eingetreten...
Die Überlegung der Gerichte... In der Praxis gibt sie aber Steine statt Brot..." (182).

" ... Gefahr ... Aufklärungspflicht durch eine kaum mehr überschaubare Kasuistik überlagert werden ..." (183).

" Die Rechtsprechung hat sich zu einer unüberschaubaren Kasuistik entwickelt ..." (184)

" Die perfekte Aufklärung im Einzelfall ist eine Fiktion ..." (185)

" ... Aufklärung macht den ängstlichen Patienten noch ängstlicher und den Besserwisser noch schlauer... Rückzug in die Defensivmedizin... bis zur Unmenschlichkeit gesteigerte Aufklärungspflicht ... scheinen mir weitere Schritte auf dem Weg zu einer allmächtigen, allwissenden und allweisen Justiz zu sein..." (186)

" ... ein präoperativer Lampenfieberzustand wird in eine lebensgefährliche Streß-Situation verwandelt..." (187)

" ... Eingriffsaufklärung ... in dieser Zone permanenter Ärgernisse ... " (188).

Diese "Kurzzitate" ließen sich noch fast beliebig fortsetzen. Festzuhalten ist jedenfalls, daß die meisten bewußt überspitzten Zitate der in Anmerkungen aufgeführten Autoren in eine durchaus konstruktive Kritik mit echtem Fachwissen eingebettet sind.

Immerhin wirft allein dieser vordergründige "Zitatenschatz", quasi als Spitze des Eisbergs eines äußerst umfangreichen kritischen Schrifttums die Frage auf, wie es in einem relativ kurzen Zeitraum zu diesem Dilemma kommen konte, das "die Beziehungen zwischen Ärzten und Rechtsprechung schwerwiegend belastet und zu einer tiefgreifenden Verunsicherung in der ärztlichen Berufsausübung geführt hat" (189).

6.2 Die entscheidende Ursache lag zweifelsohne in der mißlichen Prozeßsituation des Patienten bei Haftpflichtverfahren gegenüber Ärzten, denen ein Kunstfehler bzw. Behandlungsfehler vorgeworfen wurde.

6.2.1 Dies begann schon bei der Darlegungs- oder Substantiierungspflicht des Patienten, dem es in diesem Prozeßstadium der Klageerfordernisse schwerfiel, das angebliche oder wirkliche Fehlverhalten des Arztes vorzutragen. Falls nötig fand er auch kaum einen Arzt, der bereit war, zur Vorbereitung des Prozesses ein Privatgutachten gegen einen Kollegen zu erstellen, abgesehen davon, daß solche Gutachten meist kostspielig sind und im Prozeß in der Regel nur als Parteibortrag, nicht dagegen als Beweismittel gewertet werden.

6.2.2 Vor allem hatte (und hat) der Patient die volle Beweislast für einen Behandlungsfehler u n d dessen Ursächlichkeit für den entstandenen Schaden.

6.2.3 Während der Behandlung / Operation ist es dem meist voll- oder teilnarkotisierten Patienten als Laien unmöglich, ein etwaiges fehlerhaftes ärztliches Tun zu registrieren.

6.2.4 Der Arzt war früher dem Patienten gegenüber rechtlich nicht verpflichtet, das Behandlungsgeschehen einschließlich der Medikation aufzuzeichnen, zu dokumentieren. Soweit er Aufzeichnungen gemacht hatte, dienten diese nach der Rechtsprechung nur als Gedächtnisstütze für den behandelnden Arzt selbst.

6.2.5 Falls solche Aufzeichnungen vorlagen, hatte der Patient kaum eine Möglichkeit, an diese heranzukommen, weil für den Arzt keine Vorlegungspflicht und für den Patienten kein Einsichtsrecht bestand. In manchen Fällen legten Ärzte allerdings ihre Aufzeichnungen

freiwillig vor, besonders wenn sie annehmen konnten, dadurch entlastet zu werden. Gerade diese Misere war früher sicher wiederholt der Anlaß für eine Strafanzeige bzw. einen Strafantrag gegen den Arzt, um evtl. über einen gerichtlichen Beschlagnahmebeschluß an die ärztlichen Aufzeichnungen heranzukommen

6.2.6 Eine weitere Crux für die prozessuale Situation des Patienten lag in der Problematik der medizinischen Sachverständigen, die auch nach einer mehrfach zum Ausdruck gebrachten Skepsis des BGH eine wesentliche Rolle spielte. Das Gericht führt dies auf eine "leider nicht seltene verfehlte Solidaritätshaltung" bei Ärzten und Kliniken zurück (190). Diese überholte Standesmoral erschwerte dann - teils prozeßentscheidend - die Position des Patienten und war Ursache für die von den "Falken" des Arztrechts schon bis zum Überdruß zitierte "Krähentheorie" - eine Krähe hackt der anderen kein Auge aus.

7.1 Die oben in sechs Hauptpunkten dargelegte fehlende "Waffengleicheit" zu Lasten des Patienten im Haftpflichtprozeß führte verständlicherweise zu einem verbreiteten Unbehagen bei Juristen und besonders den Gerichten. Seinen deutlichsten Niederschlag fand es im Minderheitenvotum zum Beschluß des Bundesverfassungsgerichts vom 15.7.79 (14), das im Schrifttum zurecht auf heftige Kritik gestoßen ist. In dem Bemühen, das prozessuale Ungleichgewicht zu beseitigen, "erinnerte man sich" der ärztlichen Aufklärungspflicht, die schon Jahrzehnte vorher von den Gerichten in relativ wenigen Entscheidungen postuliert worden war, allerdings mit einem erheblich größeren Spielraum für die Ärzte, wie u.a. das oben unter Ziff. 4.11, a (S.23) zitierte "zweite Elektroschockurteil" des BGH vom 9.12.1958 zeigt (46). Im Rahmen der ständig

steigenden Zahl von Haftpflichtprozessen gegen Ärzte wurde etwa seit den siebziger Jahren zunehmend neben oder anstelle des behaupteten Behandlungsfehlers die Aufklärungsrüge erhoben. Spann schätzte bereits 1978 deren Anteil auf "Dreiviertel aller zivilrechtlichen Fälle"(74).

Aus der Sicht des Patienten war diese vielversprechende Rüge selbstverständlich ein idealer "Auffangtatbestand", ein taktisches "Vehikl" (192), eine "Wunderwaffe" (193) gegen den Arzt. Denn jetzt mußte e r beweisen, daß die von ihm tatbestandsmäßig "begangene Körperverletzung" mit der implizierten Rechtswidrigkeit doch gerechtfertigt war, weil eine - n a c h ordnungsgemäßer Aufklärung - rechtswirksame Einwilligung des Patienten vorlag.

7.2 An der "Waffenungleichheit" hat sich dadurch zwar nichts geändert, jedoch wurden nunmehr über die "Aufklärungsschiene" (194) die Rollen vertauscht, eine wohl typisch deutsche Eigenschaft, von einem Extrem ins andere zu fallen. Denn jetzt gerieten die Ärzte in beinahe ausweglose Beweisschwierigkeiten, in eine gravierende Verunsicherung, nachdem aus "salus aegroti suprema lex" eine "voluntas aegrote suprema lex" geworden war. Zwar gilt schon seit über 2000 Jahren das "primum nil nocere"; gleichwohl entstand nun ohne verläßliche juristische Parameter ein Aufklärungsdruck, der in manchen Kliniken und ihren Ärzten zur forensischen Absicherung eine "perfekte Aufklärung" ausgelöst hatte, ein Prozeß, der im übrigen noch nicht abgeschlossen ist. Daß diese "perfekte Aufklärung", die man heute und auch nach der neueren Rechtsprechung des BGH zum Teil evtl. schon als fehlerhafte Überaufklärung (= Behandlungsfehler) werten könnte, das Arzt/Patienten-Verhältnis tiefgreifend beeinflußt hat, wird von den meisten Autoren anerkannt. Ebenso sind sich die meisten

kompetenten Kenner des Arztrechts aus beiden Lagern darin einig, daß die Anforderungen des BGH vor allem an den Umfang der Aufklärungspflicht teilweise überzogen sind, und zwar mit Folgen, die sich letzten Endes auch zu Lasten der Patienten auswirken.

So schrieb 1982 ein renommierter Mediziner anklagend: " ... Das Kapitel über die Schäden der Aufklärung ist noch nicht geschrieben." (195) Und ein Jurist führt 1984 in seinem Bericht zum 101. Chirurgischen Kongress in München aus:

> " Das Gros der Ärzteschaft - und nicht nur dieses - hält die Postulate der obergerichtlichen Rechtsprechung zur sog. Aufklärungspflicht bei vorgesehenen Behandlungen bzw. Operationen für überzogen. Zwar lesen die Gerichte mit Interesse jeweils Aufstellungen über sog. Komplikationsdichte bei bestimmten Eingriffen, jedoch wurde noch nie eine Statistik darüber erstellt, welche Schäden durch schonungslose Aufklärung bei den Patienten gesetzt wurden, sei es durch dadurch hervorgerufene Verängstigung, welche bis zur Perhorreszierung sich auswirkt, durch dadurch eintretende Mutlosigkeit, schwindende Hoffnung und damit sinkenden Gesundungswillen, dessen Wichtigkeit im Sinne psychosomatischer Zusammenhänge inzwischen Allgemeingut geworden ist... " (196).

8 In dieser Situation drängt sich nun die weitere Frage auf, ob die oben unter Ziff. 6.2.1 bis 6.2.6 aufgeführten Gründe für die frühere ungünstige Prozeßsituation des Patienten, quasi als "Weiche zur Aufklärungsschiene" auch heute noch Geltung haben. Die Frage kann wohl guten Gewissens verneint werden.

8.1. zu 6.2.1

Die Rechtsprechung hat in den letzten Jahren wiederholt darauf hingewiesen, daß in Arzthaftplichtprozessen an die Darlegungspflicht des Patienten und seines Anwalts als medizinische Laien keine zu strengen Anforderungen gestellt werden dürfen. Der BGH hat

ausdrücklich hervorgehoben, daß die Instanzgerichte schon mit Rücksicht auf die ungünstige Beweissituation des Patienten keine übermäßigen Anforderungen an dessen notwendig nur allgemein und technisch unpräzisen Vortrag stellen darf (197).

8.2. zu 6.2.2

Zur rechtsdogmatisch zwingenden Beweislast des Patienten bei behaupteten Behandlungsfehlern (umgekehrt bei Aufklärungsrügen) hat der BGH in einer Reihe von Entscheidungen Beweiserleichterungen zugunsten des Patienten geschaffen, die - je nach Fallgestaltung - bis zur Umkehr der Beweislast führen können. Dies gilt z.B. bei groben, für den Eintritt des konkreten Schadens allgemein geeigneten Behandlungsfehlern, wenn sich gerade das Risiko verwirklicht hat, dessen Nichtbeachtung den Fehler als grob erscheinen läßt (198). Gleiches gilt bei unterlassener oder sehr mangelhafter Dokumentation (heute Rechtspflicht!), durch welche die Aufklärung des Sachverhalts vereitelt oder wesentlich erschwert wurde (199). Beweiserleichterungen kommen ferner in Frage, wenn der Arzt unterdurchschnittlich qualifiziert ist oder seine Fehlerquote höher liegt als der Durchschnitt; bei ungünstigen räumlichen Bedingungen einer Praxis oder Klinik (schlechte hygienische Verhältnisse); bei bestimmten organisatorischen Mängeln usw. (200).

Hieran knüpft in deutlichen Formulierungen auch das bereits oben unter Ziff. 4.16 (S.27/28) zitierte Urteil des BGH vom 27.9.1983 (58) zur sog. Anfängeroperation an:

> " ... denn die Darlegungs- und Beweislast dafür, daß ein Mißlingen der Operation oder eine eingetretene Komplikation nicht auf der mangelnden Erfahrung und Übung des nicht ausreichend qualifizierten Operateurs beruht, tragen die Krankenhausträger und die für die Übertragung der Operation verantwortlichen Ärzte..."

Erwähnenswert ist hierzu auch das Urteil des BGH vom 21.9.1982 (201):

" ... kann eine Beweislastumkehr für den Kausalitätsnachweis nach den Grundsätzen, die bei groben Behandlungsfehlern dazu entwickelt worden sind, auch dann in Betracht kommen, wenn der Arzt in erheblichem Ausmaß Diagnose- und Kontrollbefunde zum Behandlungsgeschehen nicht erhoben hat und deshalb in besonderem Maß dafür verantwortlich ist, daß die Daten zur Aufdeckung des Behandlungsverlaufs nicht zur Verfügung stehen."

8.3. zu 6.2.3

Auch der Gesichtspunkt, daß es für den Patienten meist unmöglich ist, selbst ein fehlerhaftes ärztliches Verhalten zu registrieren, wird von der höchstrichterlichen Rechtsprechung im Zusammenhang mit den eingeführten Beweiserleichterungen zugunsten des Patienten berücksichtigt.

8.4. zu 6.2.4

Mit Urteil vom 27.6.1978 (202) hat der BGH ausgesprochen, daß eine ordnungsgemäße Dokumentation über die Behandlung des Patienten nicht, wie früher noch von der Rechtsprechung angenommen wurde, allein eine im Belieben des Arztes stehende Gedächtnisstütze darstellt, sondern dem Patienten als Bestandteil einer sorgfältigen Behandlung geschuldet wird.

8.5. zu 6.2.5

Inzwischen hat der BGH mit seiner Grundsatzentscheidung vom 23.11.1982 (203) auch ein weitgehendes Einsichtsrecht des Patienten statuiert, wozu der Leitsatz lautet:

" Der Patient hat ... grundsätzlich auch außerhalb eines Rechtsstreits Anspruch auf Einsicht in die ihn betreffenden Krankenunterlagen, soweit sie Aufzeichnungen über objektive physische Befunde und Berichte über Behandlungsmaßnahmen (Medikation, Operationen etc.) betreffen... "

Obgleich damit noch nicht der gesamte Umfang des Einsichtsrechts hinreichend präzisiert wurde (auch zu Laborbefunden als "naturwissenschaftlich konkretisierbare Befunde", in der Regel zur Anamnese usw.), so bedeutet dieses Urteil doch eine wesentliche Hilfe für den Patienten, besonders im Hinblick auf etwaige künftige Haftpflichtansprüche.

8.6. zu 6.2.6

Die Gerichte werden immer und sogar zunehmend auf die Hilfe von Sachverständigen angewiesen sein, so daß auch die Diskussion darüber nie abreißen wird. Die ursprüngliche besondere Problematik des medizinischen Sachverständigen hat sich gerade in den letzten Jahren weitgehend entschärft und dürfte sich nun auf der Ebene der zahlreichen anderen Haftpflichtprozesse mit nie ausschließbaren fachlichen Irrtümern der SV bewegen, in denen die Richter naturgemäß nicht selbst die erforderliche Sachkunde besitzen.

Diese für die prozessuale Situation des Patienten erfreuliche Entwicklung ist auf verschiedene Faktoren zurückzuführen, von denen hier nur die wesentlichsten aufgezählt werden sollen:

a) Durch die inzwischen via BGH statuierte Dokumentationspflicht des Arztes verfügt nunmehr der medizinische Sachverständige über eine bessere Basis zur Beurteilung des Behandlungsgeschehens.

b) Die enorme Entwicklung der medizinischen Wissenschaft und Technik führte auch zu neuen Methoden, um manche Behandlungsfehler leichter und zuverlässiger feststellen zu können.

c) In zahlreichen Kongressen, Symposien und Veröffentlichungen von Medizinern werden für Gutachter - auch im Interesse des beruflichen Ansehens der Ärzteschaft Standards gefordert, um die Gerichte möglichst

objektiv unterstützen zu können, Auch fehlt es nicht an ernsthaften Ermahnungen, keine zugunsten von Kollegen "eingefärbte" Gutachten zu erstellen. Lediglich als Beispiel soll darauf hingewiesen werden, daß in einem 1981 erschienen Buch (204) allein sieben selbstkritische Aufsätze von Kapazitäten der verschiedensten chirurgischen Fachrichtungen enthalten sind, wobei die Autoren selbst über eine umfangreiche Erfahrung als Sachverständige verfügen.

d) Mit einem Seitenblick auf die Massenmedien hat auch der medizinische Sachverständige, vor allem Professoren und Chefärzte, einen Ruf zu verlieren und muß im Prozeß immer mit der Beiziehung eines weiteren, meist örtlich entfernten Gutachters rechnen, der seine etwaigen "arztfreundlichen" Ausführungen widerlegen könnte.

e) Durch das rapide Ansteigen der Arzthaftungsprozesse wurde auch bei den Gerichten der Blick für diese Problematik geschärft, wozu viele kompetente juristische Autoren, allen voran Franzki, entsprechende Beiträge geliefert haben (205) und auch weiterhin in dieser Richtung publizieren: Richtige Auswahl des SV; Fragenkatalog im Beweisbeschluß mit Hinweis auf eine mögliche Ladung zum Termin; Anhörung des SV im Termin; Zuweisung aller "arztrechtlichen Prozesse" an einen Spruchkörper des Gerichts (seit langem beim OLG Celle und selbstverständlich beim VI. Zivilsenat des BGH).

f) Nicht zuletzt trägt der BGH mit einschlägigen und überzeugenden Urteilen dazu bei, daß der Patient im Rahmen eines fairen Prozesses (Waffengleicheit!) auch nicht bezüglich des Gutachters benachteiligt wird. So wurden hierzu allein 1984 zwei wichtige Urteile veröffentlicht (206), wovon einer der Leitsätze lautet:

> " Im Arzthaftungsprozeß muß die medizinisch nicht sachkundige Partei auch Gelegenheit erhalten, zu einem mündlich erstatteten Gutachten, das gegenüber

einem früheren schriftlichen Gutachten neue und ausführliche Beurteilungen enthält, nochmals, gegebenenfalls nach sachverständiger Beratung, Stellung zu nehmen. "

Die aufgezeigte günstige Entwicklung für den Patienten ging sogar so weit, daß manche Sachverständige dazu neigen "über das Ziel hinauszuschießen". Nach Weißauer sind "ärztliche Gutachter ... oft päpstlicher als der Papst" (207). Der forensische Praktiker Franzki führt hierzu aus (208): "... viele Gutachter, die ihre Pflichten hervorragend und absolut zuverlässig erfüllen, mitunter vom Gericht sogar gebremst werden müssen, weil sie auf Grund ihres hohen wissenschaftlichen Niveaus Anforderungen zu stellen versucht sind, die der niedergelassene Arzt oder das kleine kommunale Krankenhaus nicht immer erfüllen kann..."

Verbittert und m.E. völlig zurecht hat schon vor zwei Jahren Wachsmuth in einer Publikation " Zur Problematik der medizinischen Sachverständigen im Arzthaftungsprozeß" ausgeführt: " Die verantwortungsbewußten Ärzte sind nicht nur, wie Laufs meint, enttäuscht, sondern empört über den unangemessenen verallgemeinernden Vorwurf, in der Mehrzahl ihrer pflichtgemäßen Objektivität nicht nachzukommen ... Ich habe (nach rund fünfzigjähriger Tätigkeit als chirurgischer Gutachter) wiederholt darauf hingewiesen, daß ich die Objektivität des medizinischen Sachverständigen für eine der vornehmsten Aufgaben des Arztes halte, zu der er nicht nur durch seinen Eid verpflichtet ist, sondern zugleich für die Reinerhaltung des eigenen Berufes sorgt... " (209).

Zu den oben aufgeführten sechs "Repliken" kommen noch weitere Gesichtspunkte, die dringend dafür sprechen, die "Daumenschraube" der ärztlichen Aufklärungspflicht wieder "zu lockern" und den "Wildwuchs",

vor allem bezüglich des Umfangs der Aufklärungspflicht, auf ein vernünftiges Maß "zurückzuschneiden", wie es etwa in der älteren Rechtsprechung praktiziert wurde, z.B. noch in dem bereits zitierten sog. zweiten Elektroschockurteil des BGH vom 9.12.1958 (Ziff. 4.11.a S.23, Anm. 46).

9.1 So zeigt auch ein Blick über die Grenzen, daß wohl in keinem anderen demokratisch regierten Rechtsstaat das "Rechtsinstitut der Aufklärungspflicht" nach Inhalt und den zugehörigen Beweisregeln derart exzessiv zu Lasten der Ärzteschaft praktiziert wird wie bei uns. Eine rechtsvergleichende Darstellung würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, im übrigen in die Kompetenz der Juristen fallen. Für die Situation in Österreich, der Schweiz, in Frankreich, Belgien und sogar der DDR sei aus dem neueren kritischen Schrifttum auf den Beitrag von Wachsmuth/Schreiber, 1984, über "Grenzen der ärztlichen Aufklärungspflicht im westeuropäischen Vergleich" hingewiesen (210).

Interessant ist dabei insbesondere, daß sich der Oberste Gerichtshof in Österreich mit Entscheidung vom 23.6.1982 (210) ausdrücklich gegen die deutsche Rechtsprechung wendet und hervorhebt, daß der Umfang der ärztlichen Aufklärungspflicht " in erster Linie unter dem Gesichtspunkt des Wohles des Patienten und erst in zweiter Linie auch unter Bedachtnahme auf sein Selbstbestimmungsrecht abzugrenzen sei". Der Arzt habe aufgrund der konkreten Persönlichkeitsstruktur seines jeweiligen Patienten abzuwägen, wie weit er mit der Aufklärung zu gehen habe. Ihm sei in diesem Zusammenhang ein gewisser ärztlicher Beurteilungsspielraum einzuräumen. - Man wird kaum behaupten können, daß in jenen Ländern, in denen gleichfalls unter dem Dach einer demokratischen Verfassung judiziert wird, hinsichtlich der Aufklärungspflicht anarchistische Zustände bestehen.

9.2 Die Überspannung der Anforderungen an die ärztliche Aufklärungspflicht als "Auffangtatbestand" im deutschen Richterrecht muß auch vor dem Hintergrund der jüngeren deutschen Geschichte gesehen werden. Hierzu darf aus dem oben genannten Beitrag von Wachsmuth/Schreiber eine weitere Passage zitiert werden: "Wie weit der BGH mit seiner Rechtsprechung einer erklärlichen Reaktion der öffentlichen Meinung auf die Entwertung der Persönlichkeit unter Mißachtung des Rechts auf Selbstbestimmung während der Zeit der Diktatur Rechnung trägt, ist zu erwägen. Die Menschen in unserem Lande sind gegenüber Eingriffen in ihre Selbstbestimmung erklärlicherweise sehr empfindlich geworden."

Im Zusammenhang mit diesem eher zurückhaltend formulierten Zitat kann man feststellen, daß sich ähnlich orientierte "Reaktionen" auch auf vielen anderen Gebieten zeigen, wie z.B. bei der bereits oben (Ziff.1.3; S.1) erwähnten Zurückhaltung des Gesetzgebers zur Regelung der Zwangssterilisation, oder bei dem oft zitierten, teils übertriebenen Datenschutz.

9.3 Es wurde schon in sechs Hauptpunkten erörtert, wie es - zu einem gewissen Grad verständlich - zu dem Ausweichen der Rechtsprechung auf die "Aufklärungsschiene" gekommen ist. Ferner wurde in sechs "Repliken" dargelegt, daß die frühere Waffenungleichheit (um bei diesem von Juristen geschätzten Bild zu bleiben) im Behandlungsfehlerprozeß heute nicht mehr besteht. Daran ändert auch nichts die grundsätzliche Beweislast des Patienten in Verbindung mit diversen Beweiserleichterungen, was in dem mehrfach zitierten Beschluß des BVerfG v. 25.7.79 (14) als rechtens bestätigt wurde, also ohne Verletzung des Grundsatzes der Waffengleichheit. Schließlich ist es jedem Rechtssystem

immanent, daß im Zivilprozes diejenige Partei prozessuale Nachteile erleiden kann, welche rechtsdogmatisch die Behauptungs- und Beweislast trägt und dabei den erforderlichen Beweis nicht erbringen kann.

9.4 In diesem Zusammenhang ist es zwar bedauerlich, aber doch geboten, noch einige Stimmen zur weiteren Aufhellung des Hintergrunds der "Aufklärungsschiene" als Auffangtatbestand zu zitieren.

So führt H.-L. Schreiber 1983 offen aus: "... die Gerichte... versucht haben, von mißlungener Behandlung betroffenen Patienten bei vermuteten bzw. naheliegenden, aber nicht beweisbaren Behandlungsfehlern zu Ersatzleistungen zu verhelfen..." (211).

In einem 1983 erschienen Aufsatz über "Ärztliches Handeln im Lichte und Schatten der Rechtsprechung" schreibt Demling: "... Ein kürzlich von Erlangen nach Saarbrücken auf ein Ordinariat berufener Jurist, der uns lange Jahre in der Ethik-Kommission zur Seite stand, vertraute mir bei seinem Weggang an, daß sich die Juristen sehr wohl darüber im Klaren seien, daß man der Aufklärungspflicht kaum je genügen könne, wenn man alle Komplikationsmöglichkeiten ins Auge fasse. Die Aufklärungspflicht sei aber ein guter Hebel, um den Arzt dingfest zu machen, wenn das Gericht den Eindruck habe, es sei ein Behandlungsfehler unterlaufen... " (12).

Kern/Laufs, denen in ihrer Zurückhaltung bei kritischen Äußerungen wohl niemand eine hervorrangende Sachkompetenz absprechen kann, schreiben in der Einleitung (S.5) ihres hier - und übrigens auch vom BGH - wiederholt zitierten Standardwerks zur Aufklärung: "Je mehr die Ärzte den strengen Regeln der Judikatur folgen, desto weniger können diese übrigens ihren Zweck erreichen, nämlich den von mißlungenen Eingriffen betroffenen Patienten zum Schadensersatz zu verhelfen.."

10 Bei den oben angeführten "weiteren Gesichtspunkten", die für eine Rückführung bzw. Rückbesinnung der Rechtsprechung auf ein vernünftiges Maß sprechen, muß zwangsläufig auf die höchstrichterliche Rechtsprechung nach dem derzeitigen Stand kritisch eingegangen werden, und zwar unter Bezug auf die oben (Ziff.4; S.15-30) ohne eigene Wertung wiedergegebenen Regeln und Grundsätze der Judikatur.

10.1 Vorweg ist festzustellen, daß der BGH bezüglich des Umfangs der Aufklärungspflicht nach wie vor auf die Sicht des "verständigen und vernünftigen Patienten" in seiner konkreten Situation und unter Beachtung sonstiger besonderer Umstände des Einzelfalls quasi als Prämisse abstellt. Sicherlich handelt es sich hier um eine "Kunstfigur, einen "Modellmenschen", ein "Geschöpf aus der Retorte", einen "homunculus", worauf Bundesrichter Steffen in einem teils humorigen Beitrag "Der verständige Patient aus der Sicht des Juristen" näher eingeht. Diese "Kunstfigur", die von Medizinern unter einem anderen Blickwinkel häufig kritisiert wurde (Contradictio in adiecto, Fiktion, Quadratur des Kreises u.ä.), ist jedoch trotz ihrer fallbedingten "Flexibilität" ein vernünftiger übergeordneter Maßstab, ähnlich wie auf anderen Rechtsgebieten z.B. auf "den ordentlichen Kaufmann" des Handelsrechts abgestellt werden muß (212).

10.2 Das gleiche gilt für den Grundsatz, eine Aufklärung "im großen und ganzen" genügen zu lassen, wobei sinngemäß noch andere Formulierungen verwendet werden wie: ... hier hätte ein allgemeiner Hinweis darauf genügt...; ... u.U. konnte der Patient schon aus Art und Umfang des Eingriffs entnehmen, daß ... nicht ungefährlich ist.. keinesfalls in allen Einzelheiten ...; nicht nach Art einer medizinischen Forlesung ...; ... nun Sache des Patienten, seinerseits weitere Fragen zu stellen... usw.

Dieser Grundsatz des BGH gilt übrigens auch für die sog. typische Gefahr, die eingriffsspezifische Komplikation, was besonders hervorgehoben werden muß, weil es mancher Kritik die Spitze nimmt.

10.3. Schließlich hat der BGH inzwischen auch die Gefahr erkannt, daß die Aufklärungsrüge mißbräuchlich erhoben werden kann, um auf diesem verfahrensrechtlich einfacheren Weg zu Geld zu kommen.

So wird im Urteil vom 28.2.1984 (31) - Hysterektomie mit Harnleiterverletzung, die zur Entfernung der Niere führte - a l l g e m e i n ausgeführt:

" ... Allerdings dürfen an die Führung dieses Beweises keine unbillig scharfen Anforderungen gestellt werden. Insoweit wird dem Tatrichter Verständnis für die Situation abverlangt, in der sich der Arzt in der Behandlung befindet, aber auch für die Gefahren, die aus einem Mißbrauch dieser Beweislage zu haftungsrechtlichen Zwecken erwachsen können ..."

Auf weitere Besonderheiten dieses Urteils (keine Aufklärung, Aufklärungsrüge erst mit der Berufung nach Abweisung der Zahlungsklage in erster Instanz), wobei es im wesentlichen bei der Verurteilung des Arztes verblieb, kann hier nicht näher eingegangen werden.

In einem weiteren Urteil des BGH vom 7.2.1984 (60) heißt es u.a.:

" ... Aber sie (gemeint:die Darlegungen des Patienten, Anm.d.Verf.) müssen erkennen lassen, daß ... er nicht das Aufklärungsversäumnis n a c h t r ä g l i c h ausschließlich zur Begründung einer Schadensersatzklage benutzt. Nur auf diese Weise kann einem Mißbrauch des Aufklärungsrechts allein für Haftungszwecke vorgebeugt werden..."

10.4 Zu den zulässigen, aber unter strengen Anforderungen vom Arzt zu beweisenden Einwand, der Patient hätte auch bei nachgewiesener ordnungsgemäßer Aufklärung seine Einwilligung für den Eingriff erteilt (= fehlende Kausalität, sog. rechtmäßiges Alternativverhalten), hat der BGH offenbar aufgrund seiner oben skizzierten Skepsis in den letzten Jahren zunehmend versucht, den Ärzten eine gewisse "prozessuale Hilfestellung" zu geben. Er hat nämlich bei bestimmten Fallkonstellationen vom Patienten eine nähere "nachvollziehbare" bzw. "plausible" Darlegung darüber verlangt, warum dieser bei einer ordnungsgemäßen Aufklärung nicht in den Eingriff eingewilligt hätte.

Hierzu aus dem oben zitierten Urteil vom 7.2.84 (60):

" ... hat der ... Senat schon wiederholt darauf hingewiesen, daß auch den Patienten Substantiierungspflichten treffen können ... Das gilt jedenfalls dann, wenn die Gründe für eine Ablehnung der Behandlung angesichts der Schwere der Erkrankung und der ... anerkannten Therapie mit einer günstigen Erfolgsprognose und im Regelfalle verhältnismäßig geringen Belastungen für den Patienten nicht ohne weiteres zutage liegen ... solchen Fällen ist es geboten, daß der Patient plausibel darlegt, weshalb ... "

Die angeführte "prozessuale Hilfestellung" hatte z.B. Erfolg mit Beschluß des BGH vom 21.9.1982 (49), durch den die Revision einer Patientin nicht angenommen wurde. Der BGH führte dabei aus:

" ... Entscheidend erscheint, daß die Kl. nicht, wie dies ... erforderlich war ..., in nachvollziebarer Weise dargelegt hat...

Der Vortrag, daß sie sich gegebenenfalls noch mit ihrem Hausarzt und mit ihrem Ehemann besprochen haben würde, kann bei der dringenden Indikation der Nachbestrahlung nicht zu der Annahme führen, daß sie sich der eindeutig erforderlichen Behandlung widersetzt hätte... "

Ohne Erfolg war der Einwand des Arztes jedoch in dem vom OLG Celle mit Urteil vom 17.8.1977 (213) entschiedenen Fall:

> " ... Aufgabe des Bekl..., die Behauptung des Kl. zu widerlegen, er hätte sich im Falle einer Aufklärung über die Operationsrisiken wahrscheinlich nicht zum damaligen Zeitpunkt, in keinem Falle aber vom damaligen Oberarzt der Bekl. (Kreiskrankenhaus), sondern in einer Universitätsklinik operieren lassen. Den Beweis des Gegenteils kann der Bekl. nicht erbringen. Er kann auch nicht beweisen, daß es in einer Universitätsklinik zu denselben Schäden gekommen wäre. "

In diesem Zusammenhang, wenn auch mit anderen Fallbeispielen, äußert Weißauer in einem 1983 publizierten Aufsatz " Zweifel, ob nicht die Rechtsprechung ... eine sublime Korrektur übersteigerter Anforderungen vollzieht, die sie an die Intensität der ärztlichen Aufklärungspflicht bei den typischen Risiken stellt. Der Einwand drängt sich auf, daß an Stelle der Kausalität des Aufklärungsfehlers ... bereits die Aufklärungsbedürftigkeit des Risikos in Frage zu stellen war ... " (214).

Diese "optimistischen Zweifel" des Juristen Weißauer erscheinen aber in einem - aus der Sicht der Ärzte - düsteren Licht, wenn man den erst im August 1984 veröffentlichten Beitrag von Deutsch (215) zur Kenntnis nimmt: " Man kann dartun, daß man an ein renommiertes Krankenhaus, zu einem Spezialisten oder in eine Universitätsklinik gegangen wäre. Das erkennt der BGH an, wobei er sich sicherlich im Bereich der Verkehrsauffassung hält. Je gefährlicher die Maßnahme, desto besser die Klinik und desto spezialisierter sollte der Arzt sein. So jedenfalls die landläufige Meinung. "

Als Facit zu der gutgemeinten "prozessualen Hilfestellung" des BGH muß man leider die resignierende Feststellung treffen, daß sie zumindest für die Zukunft

in den meisten Fällen ins Leere gehen dürfte, weil die Patienten mit auch nur durchschnittlich "belesenen" Anwälten sich der von Deutsch zitierten Einwände bedienen werden, die man noch mit folgender "Variante" ergänzen kann.

Sollte eine Operation ohnehin in einer Universitätsklinik vorgenommen worden sein, jedoch nicht von einem leitenden Arzt, so wäre wohl der Einwand des Patienten erfolgreich, er hätte bei Kenntnis der Komplikationsmöglichkeiten einen sog. gespaltenen Arzt- und Krankenhausvertrag oder einen Arztzusatzvertrag mit Liquidationsrecht für den Chefarzt als Operateur (oder/und als Anästhesist) abgeschlossen (216). Zumindest hätten solche Patienten Erfolg, die als Privat- oder auch als Kassenpatienten darlegen und ggf. nachweisen können, daß sie für derartige "Notfälle" immer eine gewisse finanzielle Rücklage zur Verfügung haben.

10.5 Eine weitere, für den Arzt in manchen Fällen günstige Komponente wurde mit Urteil des OLG Karlsruhe vom 16.3.1983 (217) eingeführt, wonach Arzt und Krankenhausträger nicht haften, wenn sich ein Risiko verwirklicht hat, über das der Arzt nicht aufklären mußte. Dieser einleuchtende Grundsatz beruht im juristischen Bereich auf der Lehre vom Schutzzweck einer Rechtsnorm in Verbindung mit der Frage nach dem Rechtswidrigkeitszusammenhang und wird in der Rechtsprechung überwiegend anerkannt, im juristischen Schrifttum dagegen meist abgelehnt oder rechtsdogmatisch anders begründet, was hier nicht interessiert.

Im Prinzip schließt sich auch der BGH mit Urteil vom 7.2.1984 (38) diesem Grundsatz an und formuliert hierzu die beiden Leitsätze:

" 1. Die Einwilligung des Patienten in einen Diagnoseeingriff (hier: "Rektoskopie") ist unwirksam, wenn er nicht darüber aufgeklärt worden ist, daß er dabei unter Umständen erhebliche Schmerzen erdulden muß.

2. Die Verwirklichung eines nicht aufklärungspflichtigen Risikos des Eingriffs ist dem Arzt, der nur die gebotene Aufklärung über mögliche Schmerzen unterlassen hat, haftungsrechtlich nicht zuzurechnen. "

Zustimmung verdient ferner ein Satz in den Urteilsgründen zu einer etwaigen Einschränkung bezüglich des genannten OLG-Urteils:

" ... Dagegen könnten Bedenken bestehen, weil bei mit nicht ganz unerheblichen Risiken belasteten ärztlichen Eingriffen das Selbstbestimmungsrecht des Patienten, der ohne jede Kenntnis und ohne jede Information in sie einwilligt, stets die Entscheidungsfreiheit für oder gegen einen Eingriff in seinen Körper insgesamt umfaßt... "

10.6 Nach den obigen positiven Ausführungen (Z. 10.1 - 5) kann man meines Erachtens davon ausgehen, daß sachliche Kritik an der höchstrichterlichen Rechtsprechung vom BGH durchaus ernstgenommen und zumindest teilweise akzeptiert wird (vgl. auch Ziff. 1.3. S.2). Dies ergibt sich allein schon aus den in dieser Arbeit zur besseren Veranschaulichung wörtlich wiedergegebenen Formulierungen des Gerichts aus jeweils verschieden gelagerten Einzelfällen, auch wenn dadurch zwangsläufig die Dissertation etwas "umfänglicher" geworden ist.

Mehr zur Abrundung soll hierzu wieder aus dem Urteil vom 7.2.1984 (Querschnittslähmung) zitiert werden, mit dem die Sache an das Berufungsgericht zurückverwiesen wurde:

" ... Es ist ... nicht Aufgabe der Aufklärung... auch die entferntesten Möglichkeiten eines ungünstigen Behandlungsverlaufs im einzelnen so darzustellen, daß der Patient dem Behandlungsrisiko einen viel höheren Stellenwert beimißt, als dem Risiko in Wirklichkeit zukommt... Das ihm richtig darzustellen, muß der verantwortungsvollen Führung des Aufklärungsgesprächs im Einzelfall überlassen werden. Insoweit können dem Arzt keine rechtlichen Vorschriften gemacht werden, wie er seinem Patienten ein zutreffendes Bild von dem Eingriff vermittelt .." (60).

Hinzu kommt, daß die meisten Entscheidungen des BGH der letzten Jahre in ihrer Einzelfallgerechtigkeit durchaus überzeugen, jedoch nicht in allen aufgestellten, zur Verallgemeinerung und Verunsicherung tendierenden Regeln und Grundsätzen. Auch sollte man sich bei kritischen Einwänden vor Augen halten, daß in vielen vom BGH entschiedenen Fällen überhaupt keine oder nur eine sehr dürftige Aufklärung durchgeführt worden war, zumal die zugrunde liegenden Sachverhalte bereits fünf bis zehn Jahre zurücklagen, also in eine Zeit fielen, in der das Thema für die Ärzteschaft und Krankenhausträger noch nicht die heutige haftungsrechtliche Brisanz hatte.

Ferner muß fairerweise das Bemühen des BGH anerkannt werden, bei manchen Zurückweisungen an Berufungsgerichte "goldene Brücken" für den betroffenen Arzt zu bauen, nicht zuletzt bei Fallgestaltungen mit einem "mutmaßlichen Mißbrauch der Aufklärungsrüge".

10.7 Zu einem der umstrittensten Themen gehört die Frage, wann eine Risikaufklärung ausnahmsweise entfallen kann oder in ihrem sonst allgemein gebotenen Umfang erheblich eingeschränkt werden darf. Hierzu kann vorweg auf die oben (Ziff. 4.10 /S. 21,22) ohne eigene Wertung wiedergegebenen Grundsätze der Rechtsprechung zur Kontraindikation der Aufklärung Bezug genommen werden, wobei auch der von Deutsch aus den USA übernommene, sprachlich etwas mißverständliche Begriff des "therapeutischen Privilegs" verwendet wird, von Deutsch aufgefaßt als "Nichtaufklärung zugunsten des Patienten" (218).

Der Arzt steht hier im Spannungsfeld zwischen der übergeordneten Pflicht ärztlichen Handelns, des nil nocere, der Verpflichtung also, allen möglichen

Schaden von seinen Patienten abzuwenden, und dem forensischen Gebot zur Beachtung des Selbstbestimmungsrechts. In Übereinstimmung mit den meisten Autoren des fast unüberschaubaren Schrifttums ist festzustellen, daß die vom BGH aufgestellte Ausnahmeregel viel zu eng und in praxi ungewollt "arztfeindlich u n d patientenschädlich" ist (219). Die für die Rechtfertigung der strengen Maßstäbe häufig gebrauchte Formel " damit das Aufklärungsrecht nicht unterlaufen wird ", stellt meines Erachtens in diesem Zusammenhang keinen überzeugenden Grund für die exzessive Einengung des ärztlichen Handlungspielraums dar. Das gleiche gilt für die lapidare allgemeine Feststellung im Minderheitenvotum des BVerfG zum Beschluß vom 25.7.79 (14) zu erheblichen seelischen Belastungen des Patienten: "Dies ist aber die Kehrseite freier Selbstbestimmung."

Zurecht fordern die meisten kompetenten Kritiker auch auf diesen Gebiet, dem Arzt einen größeren Freiraum zu gewähren, in dem er je nach den Umständen des Einzelfalls aus seiner ärztlichen Verantwortung heraus frei entscheiden kann. Hierzu würde die oben (Ziff. 10.6. / S.105) in einem anderen Zusammenhang zitierte Formel des BGH-Urteils vom 7.2.1984 gleichfalls gerechtfertigt sein: "Insoweit können dem Arzt keine rechtlichen Vorschriften gemacht werden." Dann würde auch die an sich reichlich vage und dehnbare Formel von der ernstlichen Gefährdung des Lebens oder der Gesundheit des Patienten ihre Berechtigung haben, zumal es, wie oft betont, auch im Richterrecht unmöglich ist, für die vielschichtigen Fälle des ärztlichen und klinischen Alltags praktische und als Parameter zuverlässige Regeln aufzustellen.

Gewährt man diesen Freiraum nicht, muß mit defensiven Verhaltensweisen der Ärzte gerechnet werden, also mit einer Risikoaufklärung im sonstigen

Rahmen. Damit wird für solche Fälle eine nicht meßbare Schädigung des Patienten durch die Aufklärung "als Kehrseite" in Kauf genommen, was juristisch wohl nichts anderes bedeutet als eine inhumane Verabsolutierung des Selbstbestimmungsrechts durch eine Verletzung des "Rechts auf Leben und körperliche Unversehrtheit", sonach einen Verstoß gegen Art.2 Abs. 2 des Grundgesetzes.

Beim "Entscheidungskonflikt" (BGH-Begriff) des Arztes muß man sich immer vor Augen halten, daß er einen schwer leidenden und ohnehin verängstigten Patienten vor sich hat, der mit einem vital, meist auch zeitlich dringend indizierten diagnostischen oder therapeutischen Eingriff konfrontiert wird und vielfach in seinen Herz- und Kreislauffunktionen schon vorgeschädigt ist. Wie soll der Arzt ex ante nur annähernd zuverlässig beurteilen, ob hier mit der Aufklärung eine ernstliche Gefahr für Leben und Gesundheit verbunden ist. Unterläßt er ausnahmsweise die sonst übliche und gebotene Risikoaufklärung und führt die Behandlung nicht zu dem gewünschten Erfolg, so muß er, vielleicht erst Jahre später, mit einem Haftpflichtprozeß auf der Basis der Aufklärungsrüge rechnen. Das Gericht soll nun ex post über die "Rechtsfrage" (?) entscheiden, ob die Annahme einer Kontraindikation der Aufklärung damals berechtigt war. Vor den Richtern "liegt" nun aber kein schwer leidender, verängstigter und über einen Eingriff auf Heilung hoffender, gefährdeter Patient. Im Gerichtssaal steht jetzt ein anwaltschaftlich vertretener oft selbstbewußter Kläger, der möglicherweise als einer von tausend Betroffenen zwar nicht zu seiner vollen Zufriedenheit geheilt wurde und u.U. schicksalhaft sogar ein Organ verloren hat, aber doch jetzt psychisch stabilisiert vom Arzt Schadensersatz und Schmerzensgeld verlangt. Ebenso wie der Arzt damals ex ante sind nun

die Richter in der Beurteilung und Bewertung ex post überfordert, weil sie eben nicht über die hier erforderlichen schier übersinnlichen Fähigkeiten verfügen können.

Nachdem für die damalige Kontraindikation der Aufklärung der Arzt die Beweislast trägt, kann in derartigen Fällen nur dringend zu einer sorgfältigen Dokumentation der wesentlichsten Gesichtspunkte geraten werden, etwa durch nachvollziehbare zumindest stichwortartige Eintragungen in den Krankenunterlagen mit Unterschrift des Arztes, zumal ja hier in der Regel nicht einmal ein vom Patienten unterschriebenes Merkblatt einer Basisaufklärung vorliegt. Dann könnte über eine etwaige Parteivernehmung des Arztes der Prozeßverlauf doch noch positiv gestaltet werden, wie es in den "Schlußbemerkungen zur Z M K " unter Ziff. 5.6 (S.83-85) erörtert wurde, jedoch immer unter der Voraussetzung, daß die sich scheinbar anbahnende sublime Entschärfung der Aufklärungsproblematik durch den BGH fortgeführt wird. Sollte in Übereinstimmung mit dem verantwortlichen Arzt ein weiterer Kollege mit dem Patienten eingehender befaßt sein, so wäre mit dessen zusätzlicher Abzeichnung der empfohlenen Dokumentation die spätere Prozeßsituation noch wesentlich günstiger.

In einem 1983 publizierten Beitrag (182) wird der bekannte Münchner Kliniker Buchborn zitiert, " der die Problematik an einem ängstlichen Herzkranken deutlich macht, bei dem eine Herzkatheteruntersuchung zur Indikationsstellung einer Herzoperation durchgeführt werden soll", bei der die Risikoquote für einen Herzinfarkt, der durch die geplante Operation gerade verhindert werden soll, auf 1 : 1000 geschätzt wird.

Hierzu Buchborn wörtlich: "Ich werde also diesen Patienten über das Infarktrisiko nicht aufklären, wenn ich befürchten muß, daß er gerade deshalb einen Infarkt bekommen kann." Sicherlich zu pessimistisch fährt Buchborn fort: "Bekommt er ihn doch, kann er mich nach heutiger Rechtslage erfolgreich wegen Aufklärungsfehler auf Schadensersatz verklagen. Denn jeder Richter glaubt ihm, wenn er nachträglich - wieder gesundet - behauptet: "Hätte ich das gewußt, hätte ich der Untersuchung nicht zugestimmt... Ich bin persönlich bereit, dieses Berufsrisiko aus dem recht verstandenen Heilauftrag zu tragen ... "

Ähnlich wie oben dargelegt wird in dem Beitrag zurecht bezweifelt, ob künftig "jeder Arzt bereit sein wird ... seinen Ruf und seine wirtschaftliche Existenz aufs Spiel zu setzen oder sich eher auf eine rechtlich abgesicherte Defensivmedizin zu beschränken". Dies werde "auch vom Fortgang und Ausmaß der Verrechtlichung abhängen".

10.8 Geringe forensische Bedeutung hat im Hinblick auf das heutige Rechtsverständnis die mehr menschlich-ethisch orientierte Befund-/Diagnoseaufklärung ohne invasive Behandlung bei unheilbar Kranken. Gerne wird hierzu auf den besonders spektakulären "Fall Theodor Storm" hingewiesen, der, an Magenkrebs erkrankt, nach einer "korrigierenden frommen Lüge" noch sein Meisterwerk, den "Schimmelreiter" fortführte und beendete. - Auch für solche "medizinische Wohltaten" und ihre angesichts des erlöschenden Lebens noch positiven Begleiterscheinungen wird und kann es nie eine Statistik geben. Im übrigen muß zu diesem ernsten Thema auf die zahlreichen Aufsätze kompetenter Kliniker verwiesen werden, die oft über ein ganzes Berufsleben auch mit Schwerkranken unter infauster Prognose bzw. mit Moribunden zu tun haben. Trotz ärztlicher Schweigepflicht dürfte hier ohne rechtliche Folgen die

Kontaktaufnahme mit seinen Angehörigen angezeigt sein, um - soweit möglich - zu klären, ob der Patient bereits seine Vermögensverhältnisse für den Todesfall geregelt hat. Auch sollte bedacht werden, daß einem selbst mäßig interessierten Patienten sein Schicksal oft durch andere unerfreuliche Umstände manchmal sehr brutal-plötzlich doch bekannt wird, was im Vertrauensverhältnis zum Arzt zu einer tiefen menschlichen Enttäuschung führen kann (wozu auch der Verfasser aus seinem Verwandtenkreis einiges beitragen könnte).

Hier den richtigen Weg und das rechte Maß zu finden, muß dem einzelnen Arzt unter Berücksichtigung der Vielfalt besonderer Umstände im zeitlich begrenzten Rahmen seiner ärztlichen Fürsorge und Zuwendung überlassen werden. Die "Freien vor dem Tode", wie Spann sie nennt, welche die volle Wahrheit ertragen können, dürften eine Minderheit darstellen. Den Schlußsätzen seines Beitrags (220) aus dem Jahre 1964 ist nichts mehr hinzuzusetzen: " Am Krankenbett eines Todgeweihten sollen ärztliche Entscheidungen nicht nur im Hinblick auf höchstrichterliche Urteile, sondern vor allem durch unser ärztliches Gewissen in hohem Maße mitbestimmt werden. Gesetzgebung und Rechtsprechung sind ständig in Fluß und ändern sich, die Aufgabe des Arztes bleibt immer die gleiche. "

11 Die heftigste Kritik hat sich entzündet an der Rechtsprechung zur typischen Gefahr und zur Komplikationsdichte (vgl. Ziff. 4.11, S.22-24)

11.1 Hier handelt es sich um zwei Komponenten, die man, wie oben schon erwähnt, nach meiner Überzeugung nicht isoliert als Kriterien für den Umfang der ärztlichen Aufklärungspflicht behandeln kann.

Zu einer anderen Auffassung tendiert offenbar der BGH, der inzwischen nicht mehr von "typischen",

sondern - dem allgemeinen Sprachgefühl näher - von spezifischen Risiken eines Eingriffs spricht. So heißt es noch im Urteil vom 7.2.1984 (60) ganz allgemein:

> " Nicht die Komplikationsdichte eines trotz seiner Seltenheit spezifischen mit der Therapie verbundenen Risikos entscheidet über die Aufklärungsbedürftigkeit, sondern seine Bedeutung, die es für die Entschließung des Patienten haben kann..."

Auch in anderen Entscheidungen verwendet der BGH wiederholt Formulierungen, die den Eindruck erwecken, als würde die statistische Komplikationsdichte überhaupt keine oder nur eine ganz nebensächliche Rolle spielen. Dies stünde in Widerspruch zu sonstigen häufig entscheidungserheblichen Regeln des BGH mit dem Begriff "selten" oder "Seltenheit" : z.B. Risiken, die so selten sind, daß sie auch aus der Sicht eines verständigen Patienten ...; soweit es sich um spezifische Risiken handelt, muß darüber... auch aufgeklärt werden, wenn sie sich nur sehr selten verwirklichen...usw.

Eine Bewertung der "Seltenheit" ist aber denkgesetzlich nur möglich, wenn man ein ungefähres Bild über die Komplikationsrate hat, auch wenn der BGH hinter manchen statistischen Angaben zurecht einige Fragezeichen setzt und ebenso berechtigt abstellt auf die betreffende Klinik sowie das Können und die Erfahrung der behandelnden Ärzte, wodurch ein allgemeines statistisches Risiko nach beiden Seiten eine Korrektur erfahren kann. Aus diesem Gesichtspunkt - sollte er nicht nur eine "arztfreundliche Leerformel" bleiben - , ist es unerfindlich, warum der BGH im Rektoskopie-Urteil vom 7.2.1984 bei einem erfahrenen Oberarzt nicht eine "Komplikationsseltenheit" von 1 : 8000 genügen ließ, nachdem dieser Arzt " allein in den letzte drei Jahren vor der Untersuchung des Klägers

8000 diagnostische Eingriffe am Darm ohne Komplikationen durchgeführt" hatte.

11.2 Das oben angeführte Zitat aus dem Urteil vom 7.2.84 ist aus einem weiteren Grund widersprüchlich. Schließlich stellt der BGH nach wie vor und zurecht auf den übergeordneten Gesichtspunkt ab, nämlich auf die Sicht des "verständigen, vernünftigen Patienten" in seiner konkreten Situation. Bei hypothetischer Bewertung oder Abschätzung (ex ante) der Bedeutung eines spezifischen Risikos für die Entscheidung des "vernünftigen Patienten" spielt selbstverständlich die Komplikationsdichte des Risikos eine wesentliche Rolle, wenn auch eng verbunden mit der wichtigen Frage nach der Schwere des drohenden Risikos und dessen Stellenwert gerade für diesen Patienten.

Ähnlich schreibt schon Wachsmuth in seiner Anmerkung zum Urteil des BGH vom 22.4.1980 (Verletzung des nervus facialis bei einer Mittelohroperation; Ziff. 4.11. c /S. 24): "... Mit "typisch" soll wohl der Zwischenfall gemeint sein, der bei einer bestimmten Art von Operationen vorkommen kann. Wie aber ein solcher Begriff von dem der Häufigkeit getrennt werden soll, ist nicht zu verstehen ... " (48).

11.3 Weiter wird in dieser Arbeit die Auffassung vertreten, daß die Unterscheidung zwischen typisch und atypisch, zwischen spezifisch und unspezifisch u.ä. für den Arzt, die medizinische Praxis, einfach nichts bringt, allein schon weil der Begriff "spezifisch" - sicherlich unvermeidbar - viel zu unscharf ist. Gewiss kann man bei einer Reihe von Eingriffen rein sprachlich von spezifischen Risiken sprechen, allerdings mit einer gewissen "Komplikationshäufigkeit" oder besser "Komplikationsseltenheit" n i c h t u n t e r 1 pro mille, weil u n t e r diesem

Seltenheitswert das Risiko nach allgemeinem Sprachverständnis keinesfalls mehr als "eingriffspezifisch" angesehen werden kann.
- Hierzu Wachsmuth in der oben zitierten Anmerkung:
"Denn eine typische Komplikation kann nicht nur eine gelegentlich vorkommende, sondern muß, auch wenn man auf eine bestimmte Art von Operationen abstellt, bei diesen eine häufige sein." -

So mag aus dem diagnostischen Bereich, etwa bei endoskopischen Untersuchungen, u.U. schon für einen medizinische Laien die "allgemeine Gefahr" (BGH) einer Verletzung des Hohlorgans, von Blutungungen und evtl. sogar einer Perforation, mehr oder weniger vage erkennbar sein, ähnlich wie man den "verständigen Patienten" nicht über das allgemeine Operationsrisiko (Narkosezwischenfälle, Blutungen, Nachblutungen, Wundheilungsstörungen, Thrombosen, Embolien u.a.) aufklären muß, eben weil sie für die meisten Operationen "spezifisch" und für den Patienten als Laien (angeblich) nicht überraschend sind. Immerhin lassen sich derartige Risiken rein sprachlich noch als typisch oder spezifisch ansehen.

Daneben gibt es aber eine Unzahl von Operationsarten, für deren Risiken eine solche Differenzierung sehr schwierig und oft unmöglich ist.

Beispiel: Bei den oben (Ziff.4.11 /S.24) wiedergegebenen Grundsätzen der höchstrichterlichen Rechtsprechung wurde das BGH-Urteil vom 22.4.1980 (48) erwähnt, wo bei einer Mittelohroperation der nervus facialis verletzt worden war, und zwar unter dem Stichwort "typischer Zwischenfall" und bei einer Komplikationsdichte von 0,05 %. Allein auf dem innerhalb der Medizin sehr beschränkten Gebiet der Z M K wird in dieser Dissertation an vier Stellen

gleichfalls auf die Gefahr dieser Nervenverletzung hingewiesen, wobei man jedenfalls drei Fälle auch als typisch oder spezifisch einstufen könnte, jedenfalls im Hinblick auf das Spektrum des BGH zur aufklärungsbedürftigen Komplikationsrate, die derzeit mit dem "Rektoskopie-Urteil" vom 7.2.1984 (38) bereits bei dem winzigen Wert von 0,005 % angelangt ist.

Denn schon dieses - aus der Sicht eines erfahrenen Chirurgen vielleicht simple - Beispiel zeigt, daß sich gewisse vom BGH als "typische Komplikationen" angesehene Eingriffsfolgen auch bei einer ganzen Reihe anderer Operationstypen ergeben können und sonach nicht mehr spezifisch im eigentlichen Sinne sind.

Oder will man als Denkmodell davon ausgehen, daß eine bestimmte Komplikation mit einem "Aufklärungssoll" bis 0,005 % dann noch(?) als eingriffsspezifisch angesehen werden kann, wenn sie sich z.B. "nur" bei fünf oder zehn verschiedenen Operationsarten verwirklichen kann. Ab sechs oder elf jedoch ist sie nicht mehr spezifisch und sonach auch grundsätzlich nicht mehr aufklärungsbedürftig. Bei der ständigen Weiterentwicklung der medizinischen Wissenschaft und Technik würden solche Gedankenspiele sicher sehr bald von den Fachmedizinern "zerpflückt und ad absurdum geführt" werden.

In der Praxis stellt also dieses "schillernde Differenzierungsmodell spezifisch" keinen Parameter für den jeweiligen Umfang der Aufklärungspflicht dar, vor allem nicht für seltene oder seltenste Komplikationen.

Der Verfasser befindet sich mit seiner näher begründeten Überzeugung in "guter Gesellschaft". So schreibt z.B. E.Ehrhardt in einem 1982 publizierten Beitrag (221):

" Die Differenzierung zwischen allgemeinen und spezifischen oder typischen Risiken hilft hier auch nicht viel weiter. Kann man heute wirklich das allgemeine Narkoserisiko (BGH in NJW 1976,365) als klassisches Beispiel für allgemein bekannte Eingriffsgefahren betrachten? Wird hier nicht doch die Mündigkeit des mündigen Staatsbürgers unter der herrschenden Emanzipationsideologie etwas überschätzt? Im übrigen ist es bisher nicht gelungen, den Begriff des "typischen Risikos" in einer einigermaßen wirklichkeitsgerechten Form zu definieren. Jedenfalls kann man bei einer Risikofrequenz von 1 : 2000 nach allgemeinem Sprachverständnis kaum noch von einem "typischen" Risiko sprechen."

In diesem Zusammenhang soll noch ein Vorschlag von Weißauer in seinem oben erwähnten Aufsatz vom letzten Jahr (214) wiedergegeben werden, zumal gerade e r es ist, der ständig nach klaren, brauchbaren Abgrenzungen und Definitionen in der Aufklärungsproblematik - "in dieser Zone permanenter Ärgernisse" (188) - sucht:

" Die Gleichsetzung des "typischen" Risikos mit dem "eingriffsspezifischen", die der gegenwärtigen Rechtsprechung zugrunde liegt, führt zu übersteigerten Anforderungen. Erforderlich wäre eine Unterscheidung innerhalb der spezifischen Risiken zwischen typischen und atypischen."

Bei allem Respekt vor diesem hervorragenden "Arztrechtler" würde meines Erachtens eine derartige Untergliederung die bereits jetzt bestehende Verwirrung noch wesentlich steigern. Zum wiederholten Male muß betont werden, daß sich solche Pseudokriterien eben einer exakten und für die Ärzteschaft brauchbaren Definition entziehen.

11.4 Schon bisher war es für den unbefangenen Betrachter, sicher auch für den "vernünftigen Patienten", nicht ersichtlich, warum gerade bei den "spezifischen" Risiken mit eine "Seltenheitsgrad" von inzwichen 1 : 10 000 bis 1 : 20 000 grundsätzlich aufzuklären ist,

nicht aber bei den "unspezifischen", obwohl doch die spezifischen Risiken dem medizinischen Laien verstandesmäßig näher liegen, also weniger "überraschend" erscheinen, wie z.B. bei den oben erwähnte endoskopischen Untersuchungen. Ihr "Vorteil" besteht in einigen für diesen Begriff rein sprachlich brauchbaren Fallgruppen lediglich darin, daß man sie dem Patienten leichter und schneller erklären kann, was aber " aus der Sicht des verständigen Patienten " nicht entscheidend sein darf.

Nach den obigen Darlegungen fehlt meines Erachtens erst recht jede innere Rechtfertigung für derart extreme Anforderungen. Dabei steht noch nicht einmal fest, ob die nach dem "Rektoskopie-Urteil" aufklärungspflichtige Komplikationsrate von nur 0,005 % bereits als Ende der gern zitierten "Fahnenstange" angesehen werden kann, zumal einige Instanzgerichte schon bei einer Verhältniszahl von 1 : 30 000 oder 1 : 80 000 angelangt sind (222).

11.5 Last n o t l e a s t ist es für einen "verständigen, vernünftigen Patienten" völlig gleichgültig, ob ein bestehendes Risiko der geplanten Operation für die Juristen typisch oder atypisch, spezifisch oder unspezifisch ist. Er will wissen, an welchem Leiden er erkrankt ist, wie der weitere Verlauf ohne Eingriff wäre, welche Operation nach Art und Umfang indiziert und geplant ist, welche Erfolgsaussichten zur Heilung oder Linderung dieser Eingriff hat und schließlich, welche Risiken nach Schwere u n d Häufigkeitsgrad diese Operation mit sich bringt, wobei ihm je nach den Umständen und seiner Mentalität in der Regel allgemeine Hinweise im Sinne der neueren BGH-Rechtsprechung und einer "Basisaufklärung" genügen dürften.

12 Bewußt erst zum Abschluß der erörterten Problematik ist nochmals näher auf die Dokumentation der Aufklärung einzugehen, die für den Arzt, entgegen den oben angeführten Dokumentationspflichten, keine Rechtspflicht darstellt. Sie soll einerseits den Arzt forensisch möglichst weitgehend gegen etwaige künftige Haftpflichtprozesse absichern, so daß es gar nicht zu den auch vom BGH bedauerten, oft ausweglosen Beweisschwierigkeiten kommen kann. Schließlich sind bei dem dargestellten Dilemma gerichtliche Entscheidungen in vielen Fällen auch für "Arztrechtler nicht mehr berechenbar", worauf u.a. schon Bundesverfassungsrichter a.D. Geiger zur allgemeinen Kritik des Richterrechts hingewiesen hat (Ziff.1.5; S.4) Dies ist - zurückhaltend formuliert - für einen Rechtsstaat ein äußerst unbefriedigender Zustand. Auf der anderen Seite soll die Dokumentation den Patienten möglichst wenig oder überhaupt nicht belasten, ja sogar häufig dazu beitragen, das Vertrauensverhältnis zum Arzt zu stärken (223).

12.1 Zu Art und Umfang der Dokumentation wurden schon viele Meinungen publiziert, angefangen bei Aufklärungsbroschüren über Komplikationskataloge bis hin zum Tonbandprotokoll des Aufklärungsgesprächs mit anschließender Niederschrift. Es erübrigt sich, diese Vorschläge nochmals kritisch zu erörtern, weil sie völlig zurecht als unbrauchbar abgelehnt werden. Fast ohne jeden Beweiswert sind die leider auch heute noch in manchen Krankenhäusern verwendeten "Allgemeinen Formulare" zur Einwilligung in ärztliche Eingriffe, in denen der Patient pauschal bestätigt, daß er über "alle Risiken" oder die "typischen Risiken" der vorgesehenen Behandlung informiert wurde. Prozessual etwas besser sind solche Formulare, wenn sie wenigstens den Zusatz enthalten, daß für den Patienten ausreichend Gelegenheit bestand, Fragen zu stellen.

12.2 Inzwischen besteht im Schrifttum weitgehend und zurecht Einigkeit darüber, daß das von Weißauer entwickelte System der sog. Stufenaufklärung mit kurzgefaßten Merkblättern für die Praxis die beste Art der Aufklärung u n d deren Dokumentation darstellt.

Dabei erhält der Patient von einem mit dem Behandlungsgeschehen vertrauten A r z t ein solches Merkblatt als "erste Stufe" ausgehändigt, in dem in leicht verständlicher Sprache möglichst nur ein bestimmter Eingriff als Basisaufklärung nach Art, Umfang,Erfolgsaussicht,möglichen Risiken usw. kurz erläutert wird, eben alle wesentlichen Gesichtspunkte, die nach ärztlicher Erfahrung für einen verständigen Patienten von Bedeutung sind. Nach Abschluß des späteren Aufklärungsgesprächs, der zweiten Stufe, als Kernstück der gesamten Stufenaufklärung, bestätigt der Patient in der mit dem Merkblatt verbundenen Dokumentation durch seine Unterschrift, daß er die Informationen verstanden hat und ausreichend Gelegenheit hatte, alle ihn interessierenden Fragen zu stellen, auch hinsichtlich spezieller Aspekte seiner Krankheit und etwaiger für seine Berufsausübung wichtiger Behandlungsrisiken, abgesehen davon, daß er - gleichfalls im Merkblatt offen gelassen - auf jede oder jede weitere Aufklärung verzichten kann. Selbstverständlich wird auch die Einwilligung (oder Verweigerung) in den bezeichneten Eingriff sowie in u.U. während der Operation notwendig werdenden Änderungen oder Erweiterungen durch die Unterschriften des Patienten u n d des Arztes dokumentiert.

Naturgemäß gibt es inzwischen auch zur Stufenaufklärung verschiedene Vorschläge und gedruckte Merkblätter, mit denen versucht wird, den oben angeführten Erfordernissen gerecht zu werden. Dabei steht

es selbstverständlich jedem Arzt, Krankenhaus und Klinikträger frei, für das eigene räumliche und sachliche Gebiet solche Formblätter zu entwickeln, immer jedoch unter der unverzichtbaren Voraussetzung, daß nicht nur Fachmediziner, sondern auch "Arztrechtler" mitwirken, um sicherzustellen, daß die Formblätter am gegenwärtigen Stand der höchstrichterlichen Rechtsprechung orientiert sind. So werden beispielsweise - aus jüngerer Zeit stammend - an der Augen-Klinik der Universität Würzburg fünf verschiedene Formblätter mit Dokumentation für Operationen am Auge verwendet, die auch einer forensischen Absicherung ausreichend Rechnung tragen (224).

Die mit Abstand größe Verbreitung, und zwar in jährlicher Millionenauflage (!), haben die von Weißauer zusammen mit Fachmedizinern entwickelten Merkblätter des perimed-Verlags gefunden, welche derzeit für ca. 300 verschiedene Standardeingriffe vorliegen, laufend erweitert und inhaltlich verbessert werden. Sie enthalten ferner eine Schemazeichnung, die gleichfalls für den medizinischen Laien sehr anschaulich ist und zudem für den Arzt eine Erleichterung bei der Führung des Aufklärungsgesprächs darstellt, das durch den Inhalt der Merkblätter naturgemäß rationeller gestaltet werden kann. Bezeichnend ist, daß - soweit bekannt - nach bisherigen Erfahrungen etwa 95 bis 99 % der Patienten sich mit der in den Merkblättern enthaltenen Basisaufklärung zufrieden geben. Zum forensischen Wert dieses Systems genügt der Hinweis, daß auch dem Verfasser dieser Arbeit aus Rechtsprechung und Schrifttum kein einziger Haftpflichtfall bekannt geworden ist, in dem eine Aufklärungsrüge erhoben wurde, obwohl die Merkblätter seit einer Reihe von Jahren in zunehmender Vielfalt verwendet werden.

12.3 Die Kritik an diesem Aufklärungs- und Dokumentationssystem, das angeblich in "geschickt verklausulierter" Weise eine Fülle von Informationen dem Patienten "aufdrängt", ist unberechtigt. Sie wird allein von den gedruckten "Empfehlungen für den Gebrauch der Merkblätter" widerlegt, die für die Ärzte beigegeben werden. Soweit die fortbestehende Formalisierung von Kritikern beklagt wird, soll ihnen nur ein Halbsatz im Urteil des BGH vom 28.2.1984 (33) entgegengehalten werden:

> " ... zumal der Arzt sich am ehesten die Beweise für die erfolgte Aufklärung sichern kann..."

12.4 Zur Stufenaufklärung muß fairerweise anerkannt werden, daß auch verschiedene vom BGH aufgestellte Regeln und "arztfreundliche" Formulierungen diesen vereinfachten Weg erleichtert und sogar erst ermöglicht haben, wobei eine Wechselwirkung nicht auszuschließen ist. Wie sehr selbst der BGH zur "Basisaufklärung" tendiert, ohne diesen Begriff expressis verbis zu verwenden, zeigen einige konkrete Aufklärungsvorschläge des Gerichts:

Aus Beschluß vom 21.9.1982 (49):

> " Es mag dahinstehen, ob sich die Kl. nicht schon auch ohne Aufklärung durch ... der allgemeinen Gefährlichkeit der Bestrahlung bewußt war. Es kann auch offenbleiben, ob die Kl. nicht eine allgemeine Belehrung über die Gefährlichkeit der intensiven Nachbestrahlung schon durch den Chirurgen erhalten hatte, der sich für die schonende Ablation entschloß und deshalb zu einem solchen Hinweis bereits gehalten sein konnte. Ein solcher Hinweis auf das a l l g e m e i n e Risiko hätte ... genügt."

Aus Urteil vom 7.2.1984 (60):

> " Hier hätte es etwa genügt, wenn der Zweitbekl. die Kl. darüber aufgeklärt hätte, daß die Therapie ihr Rückgrat notwendig Strahlenbelastungen aussetzen mußte, die möglicherweise zu Lähmungserscheinungen führen konnten, welche sich aber

in fast allen Fällen zurückbilden würden. Damit hätte die Kl. eine allgemeine Vorstellung davon bekommen, daß die Bestrahlung in dieser Richtung nicht ganz ungefährlich für sie war. Weitere Einzelheiten über Art und Größe des Lähmungsrisikos hätte sie, sofern sie darauf Wert legte, alsdann selbst von dem Zweitbekl. erfragen können..

13 Man kann wohl davon ausgehen, daß die Stufenaufklärung in der oben beschriebenen korrekten Weise in absehbarer Zeit fast ausnahmlos praktiziert wird, gleichgültig welche Art von Merkblättern für die erste Stufe Verwendung findet. Das bedeutet für alle Ärzte und Krankenanstalten, die nach diesem System verfahren, daß bei künftigen Haftpflichtprozessen die gefürchtete Aufklärungsrüge kein Thema mehr sein wird. "Bedauernd" weisen schon einige "wenig arztfreundliche Falken" des Arztrechts darauf hin, daß prozessual die Aufklärungspflicht in eine"Sackgasse" führt oder, um im Bild der "Aufklärungsschiene"zu bleiben, an einem "Prellbock" endet.

14 Wenn aber dieser "Auffangtatbestand der ärztlichen Aufklärungspflicht" im Hinblick auf eine korrekte Stufenaufklärung forensisch jede Bedeutung verliert, entfällt auch - über hoffentlich weitere "sublime Korrekturen" der höchstrichterlichen Rechtsprechung - die Belastung des Arzt/Patienten-Verhältnisses mit manchen verallgemeinernden, verwirrenden Regeln und, von berechtigten Ausnahmen abgesehen, mit fast utopischen Komplikationsraten.

Dann kann mit dem Bundesverfassungsgericht (14) wieder in den Vordergrund gerückt werden, daß ärztliches Tun "besonders gefahrengeneigt" ist und " das Verhältnis zwischen Arzt und Patient weit mehr als eine juristische Vertragsbeziehung"

darstellt. "Die Standesethik steht nicht isoliert neben dem Recht. Sie wirkt allenthalben und ständig in die rechtlichen Beziehungen des Arztes zum Patienten hinein."

Die richtig verstandene Beachtung des Selbstbestimmungsrechts mit einem zwingend gebotenen Handlungsspielraum des seinem Heilauftrag verpflichteten Arztes kommt letzten Endes nur dem Patienten zugute, für den Vertrauen und Hoffnung "kein leerer Wahn" ist, sondern eine wichtige Grundlage, sein Leiden zu ertragen sowie seinen Gesundungswillen zu stärken. Und wer von uns kann bei der biologischen Endlichkeit des Lebens sagen, ob er nicht schon morgen selbst Patient ist und sich dabei nicht nur der ärztlichen Kunst, sondern auch der psychosomatisch orientierten und menschlichen Fürsorge des Arztes anvertrauen will.

15 Zusammenfassung

Mit dieser Arbeit wurden die allgemeinen und die forensisch besonderen Umstände dargelegt, die zur Problematik der ärztlichen Aufklärungspflicht auch für das Gebiet der Z M K geführt haben. Ferner wurde im einzelnen ausgeführt, daß durch die inzwischen gestärkte Position des Patienten selbst unter dem Aspekt der "Waffengleicheit" kein vernünftiger Grund mehr besteht, im Haftpflichtprozeß auf die Verletzung der im Kern unbestrittenen Aufklärungspflicht als "Auffangtatbestand" auszuweichen.

Weiter ist über zahlreiche wörtliche Zitate aus der höchstrichterlichen Rechtsprechung vor allem der letzten Jahre veranschaulicht, daß auch der BGH in mancher Hinsicht versucht, diese leidige Problematik, die zu erheblichen Spannungen - und Mißverständnissen - zwischen Ärzteschaft und Justiz geführt hat, zu entschärfen. Hierzu mußten andererseits einige Irrwege der Rechtsprechung aufgezeigt werden, verbunden mit der begründeten Forderung, den Ärzten bezüglich des Umfangs der Aufklärungspflicht einen größeren Handlungsspielraum zuzubilligen.

Neben einigen Vorschlägen für die Dokumentation zu besonderen Fallgestaltungen (z.B. in der zahnärztlichen Praxis) wird zum Schluß die Stufenaufklärung behandelt, die man für die meisten Fälle als beste Art der Aufklärung samt Dokumentation bezeichnen kann. Dieses System wird nach Meinung des Verfassers in absehbarer Zukunft die wichtigsten Gebiete der Eingriffsaufklärung abdecken, so daß in der forensischen Praxis die Aufklärungsrüge als "Auffangtatbestand" kaum mehr eine Rolle spielen wird, und zwar letztlich zugunsten des so wichtigen Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient.

Literaturverzeichnis

1) Müller - Diez, "Rechtliche Regelung und therapeutische Bedürfnisse" in Sammelband "Arzt und Patient zwischen Therapie und Recht", Herausgeber Heike Jung und Hans Wilhelm Schreiber, 1981, Enke Verlag Stuttgart, S.10;

2) vgl. Deutsch , "Neuere internationale Entwicklungen des Arztrechts und der Arzthaftung", VersR 1982,713;

3) Franzki Harald ,"Der Arzthaftungsprozeß",VVW Karlsruhe 1984, S. V;

4) Wachsmuth , zitiert in Schwaab, Gramer, Kriegelstein, "Rechtliche Grundlagen der ärztlichen Aufklärungspflicht" 1983,35;

5) Münchbach Werner, "Der Kommentar", DRiZ 1983,132 f;

6) Spann W, "Aufklärungspflicht des Arztes", MMW 1983,79;
Wachsmut W.,"Die chirurgische Indikation, Rechtsnorm und Realität" in Festschrift für Paul Bockelmann 1979, S.474 ff;
Laufs, "Die Entwicklung des Arztrechts" 1980/81, NJW 81,1289 ff;

7) Kerscher Helmut, "Die Prangerwirkung von Gerichtberichten als Teilaspekt der Medienwirkung", SZ in DRiZ 1983,442 ff;

8) Spann W.,"Ärztliche Rechts- und Standeskunde", Lehmanns Verlag München 1962,110;
Deutsch, "Theorie der Aufklärungspflicht des Arztes", VersR 81,296;

9) Kuhlendahl Hans, "Ärztlicher Entscheidungsspielraum-Handlungszwänge" in "Festschrift für P.Bockelmann" 1979,469 ff;

10) Schuck, "Strafrechtliche Bedeutung der Verletzung der ärztlichen Aufklärungspflicht unter besonderer Berücksichtigung der kosmetischen Chirurgie", jur. Diss. München 1980;
Kuhlendahl, "Die ärztliche Aufklärungspflicht- oder der kalte Krieg zwischen Juristen und Ärzten", Dtsch Äbl. 1978, 2004 ff;
Deutsch, aaO Nr.7,S.293;
Engisch in Engisch- Hallermann, "Die ärztliche Aufklärungspflicht aus rechtlicher und ärztlicher Sicht" 1970, S. 12,19 u.a., Carl Heymanns Verlag;

11) Deutsch aaO Nr.7, S.293;

12) vgl. BGH, Urt. v. 1.2.83 in NJW 1983,2630 ff;
" LG Köln, Urt. v. 23.2.83, VersR 83,960 f. mit Anmerkung von Rechtsanwalt P. Bach;
AG Köln, Urt. v. 6.6.80, NJW 80,2756;
Demling L. ,"Ärztliches Handeln im Lichte und im Schatten der Rechtsprechung", MedR 1983,207 ff;

13) Zitiert bei Kern, Laufs, "Die ärztliche Aufklärungspflicht", Springer Verlag 1983,3 f;
RGSt 25,375
RGZ 38,34 ff;

14) Bockelmann P., "Zur rechtlichen Situation bei prophylaktischen Maßnahmen in der Ophtalmologie", Klin.Mbl. Augenheilk. 1978,130 ff;
Kuhlendahl, aaO Nr.9,2007;
BVerG, Urt.v. 25.7.79, NJW 1979,1925 ff;

Engisch, aaO Nr.10, S.40 ff;
Spann, "Aufklärungspflicht des Arztes", MMW 83,79;
Eisenmenger, Spann,"Ausmaß der Aufklärungspflicht über Komplikationen im Rahmen der onkologischen Diagnostik", MMW 81,343 ff;
Spann, Liebhardt, Braun, "Ärztliche Hilfeleistungspflicht und Willensfreiheit des Patienten", Festschrift für Bockelmann, 1979,487 ff;
Spann, Liebhardt, Hauck, Braun,"Ärztliche Haftung", 1975, unter 1.1.1. consilium cedipt;
Spann, "Ärztliche Rechts - und Standeskunde", 1962,121, Lehmanns Verlag München;

15) Kern, Laufs, aaO Nr.13, S.4;

16) z.B. Deutsch, "Der Zeitpunkt der ärztlichen Aufklärung und die antezepierte Einwilligung des Patienten", NJW 1979,1906 mwN;

17) Spann, Eisenmenger, "Der sogenannte Kunstfehler in der Chirurgie", Der Chirurg,1979,201;
Deutsch,"Reform des Arztrechts", NJW 78,1657;
Zipf H., "Probleme eines Straftatbestandes der einenmächtigen Heilbehandlung", in Festschrift für Bockelmann 1979,578;
Mück, "Neue Wege im Arzt- und Gesundheitsrecht der DDR, NJW 1983,1364 ff;

18) Schuck, aaO Nr.9,107ff, mwN insbes. §§161,162 im Entwurf des neuen Strafgesetzbuches 1962;
Engisch, aaO Nr.10,38 ff;

19) Deutsch, "Reform des Arztrechts", NJW 78,1657;

20) Spann, Eisenmenger, aaO Nr.14, S.201;
vgl. BVerG aaO Nr.14;
Günter Hans-Helmut, "Staatsanwaltschaftliche Ermittlungen gegen Ärzte bei Verdacht eines Kunstfehlers", DRiZ 1982,234;
Plett H., "Recht und Medizin, Aus der Sicht der Staatsanwaltschaft", Med. Welt 82,1271;
Reichenbach, "Arzthaftpflicht aus der Sicht des Versicherungsmediziners", Med. Welt 82,1265;
Deutsch, "Haftungsfreistellung von Arzt oder Klinik und Verzicht auf Aufklärung durch Unterschrift des Patienten", NJW 1983,1351 ff;
vgl. auch Zipf H., aaO Nr.17,S.578 zu §§ 88 und 110 öStGb: "Beide Regelungen stellen Privilegierungen dar und zeigen das Verständnis des Gesetzgebers für das Berufsrisiko des Arztes..";
Farthmann, "Die Grenzen der Aufklärungspflicht aus chirurgischer Sicht" in "Grenzen der ärztl. Aufklärungs- und Behandlungspflicht", hrsg. v. Lawin und Huth , Thieme Verlag Stuttgart 1982, S.30, Bd.34;

21) Demling L., aaO Nr.12, S.208;
vgl. Spann, aaO Nr.8, S.135 ;
Farthmann, aaO Nr.20, S.72;

22) Engisch, aaO Nr.10, S.10;

23) Vgl. "Berufsordnung für die Ärzte Bayerns", Bay. Äbl. 1984,23 ff;
vgl. "Berufsordnung für die deutschen Ärzte", Dtsch.Äbl. 1983,75 ff;

Vgl. auch Laufs, "Grundlagen und Reichweite der ärztlichen Aufklärungspflicht" in Sammelband Jung/Schreiber, "Arzt und Patient zwischen Therapie und Recht", S.72, Enke Verlag Stuttgart; Kern, Laufs, aaO Nr.13, S.7;

24) Zitiert bei ZM 1981,1339;

25) BGH Urt. v. 2.12.80, NJW 81,632;
" " " 10.3.81, NJW 81,2003;
OLG Frankfurt a.M., Urt.v. 22.4.82, VersR 83,880;
Beschluß des BGH v. 15.3.83, durch den die Annahme der Revision abgelehnt wurde;

26) vgl. BGH Urt.v. 13.1.70, NJW 70,511 ff;

27) vgl. Franzki H., aaO Nr.3, S.18 f u.47;
vgl. OLG Hamm, Urt.v.15.11.82, VersR 1984,91;

28) Siehe Urteile unter Anmerkung 25;
Eser, Koch, "Aktuelle Rechtsprobleme der Sterilisation", MedR 1984,6 ff,u.a.;

29) BGH Urt.v. 10.1.81, NJW 81,2004;

30) vgl. Schuck, aaO Nr.10, S.64 ff mit Kritik am Urteil des BGH v.22.2.78, NJW 78,1206, dem "Zahnextraktionsfall";

31) VersR 1984,538 ff = NJW 84,1807 ff: abdominale Hysterektomie mit Verlagerung des Harnleiters und weiterer Komplikationen, die zur Entfernung einer Niere führten; AZ VI ZR 70,82;

32) Vgl. die gute Zusammenfassung bei Franzki aaO Nr.3, ferner Kern, Laufs aaO Nr.13,20ff;

33) Giesen Dieter,"Wandlungen des Arzthaftungsrechts", J.C.B. Mohr, Tübungen 1983;

34) VersR 1984,470 ff = NJW 84,1810 f;

35) NJW 72,335 = VersR 72,153 ff;
vgl. BGH Urt.v.26.9.61, NJW 61,2203;

36) vgl. BGH Urt.v.7.2.84, VersR 1984,465 ff, AZ VI ZR 174,82; u.a.;

37) vgl. Kern, Laufs, aaO Nr.13,69;
" Giesen,aaO Nr.33, 59;
" BGH Urt.v.15.5.79, NJW 79,1934;

38) BGH Urt. v.7.2.84, VersR 1984,468 ff, "Rektoskopiefall", Az VI ZR 188/82;

39) BGHZ 29,46 ff;

40) BGH, Urt.v.16.1.59, NJW 59,815 ff = VersR 59,312 ff;

41) NJW 77,377 = VersR 77,255;

42) NJW 81,1322;

43) Franzki aaO Nr.3, S.22;

44) BGH aaO Nr.31,35,36;
BGH, Urt.v.15.5.79, VersR 79,720 = NJW 79,1933;

45) Siehe Kern, Laufs, aaO Nr.13,101;

46) MDR 59,291 f;

47) NJW 76,363 ff;

48) JR 81,19 ff mit kritischer Anmerkung von Wachsmuth;

49) VersR 82,1142 f;

50) BGH, Urt.v.15.3.79 aaO Nr.44;

51) VersR 1984,643 ff;

52) NJW 82,2121;

53) MedR 1983,104 = NJW 83,1374 = VersR 83,244 ff;

54) Weißauer,"Zur Vereinbarung zwischen dem Berufsverband Deutscher Anästhesisten und dem Berufsverband der Deutschen Chirurgen über die Zusammenarbeit bei der operativen Patientenversorgung", MedR 1983,21 f u.92 ff;
Opderbecke und Weißauer,"Forensische Probleme der ärztlichen Weiterbildung am Beispiel der Parallelnarkose", MedR 1984,134 ff;
Weißauer, "Klassifizierung des allgemeinen Operationsrisikos, aus rechtlicher Sicht", Anästhesiologie und Intensivmedizin, 9/80,249 ff;

55) VersR 74,752 ff;

56) MDR 82,580 f;

57) VersR 82,453;

58) VersR 1984,60 ff = NJW 84,655 ff;

59) LG Köln, Urt.v.23.2.1983, VersR 83,960 ff
mit Anmerkung von Rechtsanwalt P. Bach;
BGH Urt.v.1.2.83, NJW 83,2630 f = VersR 1983,443 ff,
"Amunofall";

60) VersR 1984,465 ff;

61) aaO Nr.13. S.53;

62) Vgl. BGH Urt.v. 9.12.74, NJW 75,305 ff;
Franzki, "Aktuelle Fragen der Arzthaftung unter
besonderer Berücksichtigung der Zahnheilkunde",
Nieders. Zäbl. 2/81,53;
Deutsch, "Die Haftung des Zahnarztes bei der
zahnärztlichen Behandlung", VersR 83,995 f;

63) OLG Zweibrücken, Urt.v.10.3.83, VersR 1983,1064 f;

64) vgl. Deutsch, aaO Nr.62,993 f;

65) Vgl. OLG aaO Nr.63;
Günther Horst, "Zahnarzt, Recht und Risiko",
Carl Hanser Verlag 1982, S. 69 ;

66) Deutsch, aaO Nr.62;

67) Zitiert bei H.Günther, aaO Nr.65, S.607;
vgl. Heinrich E., "Querschnitt durch die deutschsprachige Fachpresse- forensische Probleme", Die Quintessenz, 1980,175;

68) Günther, aaO Nr.65,611;
vgl. AG Köln, Urt.v.6.6.80, NJW 80,2756;

69) Vogel, "Haftpflichtansprüche aus prothetischer Behandlung", DZZ 79,739;
Marxkors, "Psychagogie in der zahnärztlichen Praxis- das Gespräch mit dem Patienten", Der Freie Zahnarzt 3/1983,70;

70) Vgl. Urt. aaO Nr.62;
LG Offenburg, Urt.v.26.8.58, NJW 59,817;
LG Hannover, Urt.v.4.2.81, NJW 81,1320 ff;
AG Köln, Urt.v. 8.6.82, VersR 83,473, u.a.;

71) Vogel, aaO Nr.69;

72) Hahn W., "Die Aufklärungspflicht aus der Sicht des Zahnarztes", DZZ 1980,165 ff;
vgl. Günther, aaO Nr.65, S.571;
vgl. aaO 63;

73) Kerschbaum, "Zur Bedeutung von Nachuntersuchungen in der zahnärztlichen Prothetik", DZZ 1983,994 ff;

74) Heinrich, aaO Nr.67,S.178;

75) Kerschbaum und Imm,"Nachuntersuchungsergebnisse von stiftverankertem Zahnersatz", DZZ 1983,1007 ff;

76) Hahn Werner, "Der Zahnarzt und die Aufklärungspflicht", ZM 1980,218 f;

77) Motsch, Phantomkurs der konservierenden Zahnheilkunde, 1972, S.215,222;

78) Krüger E., Lehrbuch der chirurgischen Zahn-, Mund - und Kieferheilkunde, Band 1, Die Quintessenz 1979,S.120;

79) aaO Nr. 78,127;

80) Fritzemeier und Lentrodt,"Erfolge und Mißerfolge bei der Wurzelspitzenresektion", DZZ 1984,187 ff; Günther aaO Nr. 65, S.675;

81) Luhr, 22.6.83,Vorlesung "Kieferchirurgie", Univeristät Göttingen;

82) "Merkblatt zum Aufklärungsgespräch über die Wurzelspitzenresektion", Schwenzer und Weißauer, perimed Compliance Verlag 1982, MKG 3;

83) LG Hannover aaO Nr. 70;
vgl. "Die Aufklärungspflicht des Zahnarztes über alternative Behandlungsmehtodeen", Die Quintessenz 1/1983,193 ff;
vgl. Fibelkorn, "Urteile zur ärztlichen Aufklärungspflicht, Angst vor Aufklärungsmängeln", Zäbl. Baden - Würtenberg 6/81,175;

84) AG Köln, aaO Nr. 70;

85) Günther, aaO Nr.65,S.588 ff und 567;

86) Keresztesi, "Wurzelfüllmaterialien und Allgemeinerkrankungen", DZZ 1983,194;

87) Vgl. Krüger, aaO Nr.78, S.127 ff;

88) Günther, aaO 65, S.571 f;

89) Fröhlich, Körber, "Die prothetische Versorgung des Lückengebisses", Hanser Verlag 1977, S.19;

90) Günther, aaO Nr. 65, S.670;

91) Paquet, Savic', "Allgemeine Chirurgie für Zahnmediziner", Springer Verlag 1978, S.156 f;

92) Informationen über zahnärztliche Arzneimittel v. BDZ und KZBV, 1978, S. 132 f;

93) aaO Nr. 91,S.167 ff;

94) Schön Fritz,"Die forensische Bedeutung der Lokalanästhesie bei ambulanten Patienten", Der Freie Zahnarzt 3/1984,88 f;

95) Makowski, Reuther,"Anästhesie in der Zahnmedizin", UTB Stuttgart 1978, S.64 f;
Hahn,aaO Nr.72,165 f;

96) Makowski, Reuther, aaO Nr.95, S.33;
vgl.Krüger E., Opertionslehre für Zahnärzte, Die Quintessenz 1979, S.93;

97) "Beim Zahnarzt den Geschmack verloren", SZ v. 4.6.81;

98) Tiemann S., "Zur Haftung bei Arzneimittelanwendung", Der Freie Zahnarzt, 3/1984,68;

99) Günther, aaO Nr.65,S.720;

100) Spann W.,"Zur Aufklärungspflicht des Arztes", MMW 1964,360;
vgl. Hauck, Spann, "Fahrtauglichkeit unter dem Einfluß verschiedener Medikamente", Med.Klin. 1974,525 ff;
vgl. Gaisbauer, "Die Rechtsprechung zum Arzthaftpflichtrecht 1971-74", VersR 76,219;
vgl. Hahn aaO Nr.76,219;
Wagner, "Zur Aufklärungspflicht bei zahnärztlicher Behandlung", DZZ 1980, S.163;
aaO Nr.92, S.166 f,182, 190;
vgl. Glöckner R., "Medikamente und Verkehrssicherheit", Der Freie Zahnarzt 2/1984, S.68 f;

101) aaO Nr.91, S.170;

102) Multrus, "Psychosomatische Schmerzkontrolle durch Lachgasanalgesie (III)", ZWR 8/1982,24 f;
vgl. Günther aaO Nr.65, S.498 f mwN;

103) Günther aaO Nr.65, S.489;

104) Für die Stufenaufklärung geeignet das "Merkblatt zum Aufklärungsgespräch über die operative Entfernung eines Weisheitszahns im Unterkiefer", perimed Verlag MKG 1;

Selle G., "Lassen sich iatrogene Frakturen vermeiden?", DZZ 1983,490 ff;
Barsekow F., "Die iatrogene Unterkieferfraktion aus der Sicht des Gutachters", Nieders. Zäbl. 10/1981, S.508 ff;

105) Krüger, "Lehrbuch der chirurgischen Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde", Band 2, S.36, Die Quintessenz 1979;

106) Gabka J., "Langzeiterfahrungen mit verschiedenen Implantattypen", Der Freie Zahnarzt 1980,98 ff;

107) Marxkors, aaO Nr.69, S.75;

108) Günther aaO Nr. 65,S.660;

109) Horch Hans- Henning, "Iatrogene Nervenläsion bei der zahnärztlichen Behandlung", ZM 1984,713 mwN;

110) Merkblatt zum Aufklärungsgespräch über die operative Entfernung eines Weisheitszahnes im Oberkiefer, perimed Verlag MKG 2, 1982;

111) Günther aaO Nr.65, S.654 f;

112) Vgl. Krüger, aaO Nr.96, S. 203;

113) BGH, Urt.v.21.1o.69, NJW 70,1230;
Tiemann S., "Zur Beweislastumkehr im Kunstfehlerprozeß", Der Freie Zahnarzt, 4/1983,61;

114) "Merkblatt zum Aufklärungsgespräch über die operative Entfernung eines verlagerten Eckzahns im Oberkiefer", perimed Verlag MKG 5, 1982 vgl. LG Frankfurt, Urt. v. 17.11.80, VersR 81,1040;

115) Beckers, Neufang, "Zur operativen Freilegung und orthodontischen Einordnung retinierter und verlagerter Eckzähne", DZZ 1983,536;

116) BGH, Urt.v. 22.2.78, NJW 78,1206;

117) BGH, Urt.v. 22.2.78 mit kritischer Anmerkung von Dr. Rogall, aaO Nr.116;

118) Vgl. Jacobs H.G., "Zahnärztlich- kieferchirurgische Traumatologie", Carl Hanser Verlag 1983, S.115;

119) Tetsch P., "Statistische Auswertung von 1588 traumatisierten Zähnen", DZZ 1983,474 f; Lawnik und Tetsch, "Spätfolgen nach Frontzahnverletzung- Ergebnisse einer Nachuntersuchung", DZZ 1983,476 f;

120) Jacobs, aaO Nr.118,S.116;

121) vgl. Krüger, aaO Nr.105, S.96 f;

122) Jacobs, aaO Nr. 118, S. 117 ff;

123) Scholz und d'Hoedt, "Der Frontzahnverlust im jugendlichen Gebiß- Therapiemöglichkeiten durch Implantate", DZZ 1984,423;

124) Lukas, d'Hoedt, Schulte, "Das Tübinger Implantat - Statistische Ergebnisse nach 7 jähriger Beobachtung", DZZ 1983,88;

125) Schwickerath, Mokbel, "Klebebrücken", DZZ 1983, S.1016 ff;
Hos- Holste, "Frontzahnverlust im jugendlichen Gebiß - Therapiemöglichkeiten aus der Sicht des Prothetikers", DZZ 1984,430 ff;
Lundershausen, "Retentionsklebebrücken", DZZ 1984,408 ff;
vgl. Deutsch aaO Nr.62;
vgl. Fleischer - Peters, "Kieferorthopädische Aspekte bei Frontzahnlücken", DZZ 1984,496 f;

126) Günther, "Impantologie unter arzthaftrechtlichen Gesichtspunkten", Zahnärztl. Praxis, 6/1982,254 ff;
Günther, aaO Nr.65, S.627;

127) vgl. aaO Nr.126 und 106;
Kirschner, "Funktionell beanspruchte Keramikimplantate und Gewebsreaktionen"; DZZ 1983,250 f;
Reich und Gnade, "Zur Verletzung des N.alveolaris inferior bei der Implantationschirurgie des Unterkiefers anhand anatomischer Untersuchungen", DZZ 1983,126 f;

128) Tetsch P., "Indikation und Erfolgsaussichten von enossalen Implantaten", DZZ 1983,113;
vgl. Fallschlüssel K.H., "Parodontologische Aspekte enossaler Implantate", DZZ 1984,547;

129) Deutsch, aaO Nr.62, S.996;

130) vgl. Krüger, aaO Nr.105, S.349;
" " " " 96, S.337;

131) Günther,aaO Nr.65, S.680;

132) "Merkblatt zum Aufklärungsgespräch über die Operation einer Kierferzyste", 1983, Perimed Verlag;
vgl. Hahn, aaO Nr.72,166;

133) Ketterl W., "Konsequenzen und Perspektiven einer effektiven Parodontalbehandlung", DZZ 1983,801, 803;

134) Saxer P., "Die Effektivität der Initialbehandlung", DZZ 83,805;
vgl. Raetzke, Schilbach und Carstensen, "Der Effekt der Vorbehandlung auf das erkrankte Parodont", DZZ 83,855 ff;

135) Krüger W., Kursskript Parodontologie, Göttinger zahnärztliche Studienschriften Nr.10, S.54, Göttingen 1979;

136) Selle, "10 Gebote nach zahnärztlich - chirurgischen Eingriffen", Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde Göttingen;

137) Günther, "Zwischenfälle in forensischer Sicht", DZZ 68,76;

138) Krüger, aaO Nr.78, S.333 ff;

139) vgl. Lambrecht und Schmidseder, "Langzeitbeschwerden nach Radikaloperation der Kieferhöhle", ZWR 1981,48 ff;
Krüger, aaO Nr. 138 und aaO Nr.105, S.33 f;
Günther, aaO Nr.65, S.653 f,393;

140) Stoffel, "Therapie und Heilungsverlauf bei odontogener Sinusitis", DZZ 1984,475 ff;
Lambrecht, aaO Nr.139;

141) Krüger, aaO Nr. 78, S.337;

142) Krüger, aaO Nr.105, S.35 ff;

143) Günter, aaO Nr.65, S.394 f;

144) Krüger, aaO Nr.105, S.457;

145) Günther, aaO Nr.65, S.866 ff;

146) Barsekow, Leitfried, "Subjektive und objektive Befunde nach Resektion des N.accessorius im Rahmen der radikalen "Neck dissection"", DZZ 1983, S.155 f;

147) vgl. Krüger, aaO Nr.78, S.193 ff;

148) Roscic Z., "Operative Frakturversorgung bei Dysgnathieträgern", DZZ 1983,413;

149) vgl. Krüger,aaO Nr.105, S.107 ff;

150) Jacobs, aaO Nr.118, S.149-160;

151) Günther, aaO Nr.65, S.714 f;

152) Balan,"Anspruch und Wirklichkeit, kritische Anmerkung zum heutigen Stand der konservativen Frakturbehandlung mit Schienenverbänden", DZZ 1983,392;

153) Stoll, Niederdellmann, Sauter, "Zahnbeteiligung bei Unterkieferfrakturen", DZZ 83,349;

154) Jacobs, aaO Nr.118, S.99;

155) Jacobs, aaO Nr.118, S.181 ff;

156) Günther, aaO Nr.65, S.871 ff;

157) Günther, aaO Nr.65, S.540;

158) vgl. Krüger, aaO Nr.105, S.207,209;

159) vgl. Krüger, aaO Nr.105, S.501;

160) Krüger, aaO Nr.105, S.247 ff;

161) Günther, aaO Nr. 65, S.919 ff;

162) vgl. Krüger, aaO Nr.105, S.295 ff;

163) Unseld, "Kieferorthopädische Probleme: bei Kindern der offene Biß", ZM 1981,1306;

164) Schmuth Gottfried, "Kieferorthopädie", S.21 ff, Thieme Verlag Stuttgart 1983;

165) AG, Urt. v. 6.6.80, NJW 80,2756;

166) vgl. auch Andreas M., ArztR 1981,153;

167) Günther, aaO Nr.65, S.552 f;

168) Schulze Christian, "Lehrbuch der Kieferorthopädie", Band 2, Quintessenz Verlag 1981;

169) aaO Nr.168, S.274;

170) vgl. Deutsch u. Brandenburg Hans-F., "Aufklärungspflicht bei radiologischen Untersuchungen" in "Handbuch der medizinischen Radiologie", Band 14, "Röntgendiagnostik des ZNS", Teil 2, S.564, Springer Verlag 1977;

171) vgl. BGH, Urt.v. 9.12.58, VersR 56,479;

172) Urt. v. 23.10.79, VersR1980,68;

173) NJW 78,2337;

174) Günther, aaO Nr. 65, S.411 ff;

175) VersR 1983,958;

176) aaO Nr. 29, S.2003;

177) Franzki, aaO Nr.3, S.48;

178) Hubmann Max, Vorsitzender des gesundheitspolitischen Arbeitskreises der CSU, Erlanger Tageblatt 24/25.1.81;

179) Deutsch, "Aufklärungspflicht und Operationseinwilligung", Der Chirurg 1979,194;

180) Weißauer W., "Absolutes Muß: Aufklärung vor Eingriffen", Der Arzt im Krankenhaus 1984,152;

181) Weißauer, "Ärztliche Aufklärungspflicht", Bay. Äbl.1980,462;
ähnlich Opderbecke, "Schwerwiegende Folgen einer "Verrechtlichung" der Medizin", Der Arzt im Krankenhaus 4/82,229;

182) Weißauer, "Ansichten zur Patientenaufklärung", Start, Magazin von Hoechst für junge Ärzte, 3/83,8 ff;

183) Weißauer, Hirsch G., "Forensische Probleme der Aufklärungspflicht vor diagnostischen Maßnahmen", Med.Klin. 1983,143;

184) Schreiber H.L., "Wer haftet für das Behandlungsrisiko",Teil 2, Med. Klin.1983,5o4;

185) Girstenberg W., "Wie sag ich's meinem Patienten?", Start aaO Nr.182,11;

186) Last G., "Der Arzt im Konflikt", Dtsch Äbl.1983, 40/55 ff;

187) Ritter, "Probleme der "totalen" Aufklärung vor operativen Eingriffen aus der Sicht des Arztes", in: "Behandlungsfehler - Haftung des operativ tätigen Arztes", S.19 ff, Hrsg. Hymen, Ritter, perimed Verlag Erlangen 1981;

188) Weißauer W., "Ärztliche Aufklärung aus rechtlicher Sicht" in "INA", "Grenzen der ärztlichen Aufklärungs- und Behandlungspflicht", hrsg. v. Lawin und Huth, Thieme Verlag, 1982, S.14;

189) Opderbecke H.W. und Weißauer W.,"Die Aufklärungspflicht des Anästhesisten", Dtsch Äbl. 10/1982, S.41;

190) vgl. die eingehenden Ausführungen von Giesen, aaO Nr.33, u.a. S.119 ff, 123;

191) Spann W., "Prophylaxe und Aufklärung", Klin.Mbl. Augenheilk. 1978,126;

192) Eisenmenger, Spann aaO Nr.14;

193) Linzbach Moritz, "Informed consent: die Aufklärungspflicht des Arztes im amerikanischen und im deutschen Recht", Bd. 3, 1980, aus der Reihe Recht & Medizin, Verlag P.Lang, Frankfurt am Main;

194) Farthmann, "Abschied vom statistischen Kunstfehlerbegriff", Jung, Schreiber, aaO Nr.1,S.136;

195) Carstensen C., "Recht und Medizin, Aus der Sicht des medizinischen Sachverständigen", Med.Welt 82/1280;

196) Weigand, "Überzogene Aufklärungspflicht verunsichert den Patienten", SZ 2./3.6.84;

197) z.B. Urt. des BGH v. 2.12.80, NJW 81,631; Giesen aaO Nr.33, S.97 mwN;

198) BGH, Urt.v.16.6.81, NJW 81,2513 f;

199) BGH, Urt.v. 7.6.83, VersR 1983,983; Franzki, aaO Nr.3, S.44 ff;

200) Giesen, aaO Nr.33, S.103;

201) MedR 1983,144 ff;

202) BGHZ 72,132 ff;

203) MedR 1983,62 ff;

204) aaO Nr.187,

205) Franzki, aaO Nr.3, S.35 ff;

206) Urt. des BGH v.10.1.1984, VersR84,354 ff;
" " " v.17.4.84, " S.661 f = NJW 84,1823;

207) Weißauer in Ärztliche Praxis, H.39, v.16.5.81, S.1585: "Gutachter oft päpstlicher als der Pabst";

208) Franzki H.,Franzki D., "Der Arzthaftungsprozeß", in Jung, Schreiber aaO Nr.23, S.185;

209) DRiZ 1982,412 ff;
Ehrhardt E., "Der Arzt im Spannungsfeld von Medizin , Ethik und Recht", Dtsch. Äbl. 1982 H.19, S.54 ff;

210) Wachsmuth, Schreiber, "Grenzen der ärztlichen Aufklärungspflicht im westeuropäischen Vergleich", DMW 1984,152 ff;
Linzbach aaO Nr. 193, zur Situation in Amerika;
Zur Beweislast des Patienten,zur Aufklärung in Frankreich,siehe Giesen, "Die zivilrechtliche Haftung des Arztes bei neuen Behandlungsmethoden und Experimenten", Gieseking Verlag Bielefeld 1976, S.39;

211) Schreiber, "Die Patientenaufklärung in juristischer Sicht", Der Internist 24/1983,186;

212) Steffen E., MedR 83,88 ff;

213) NJW 78,594;

214) Hirsch, Weißauer, "Kausalitätsprobleme beim Aufklärungsmangel", MedR 1983,41 ff (44);

215) Deutsch, "Schutzbereich und Beweislast der ärztlichen Aufklärungspflicht", NJW 1984,1802 f;

216) vgl. Franzki, aaO Nr.3, S.27;

217) MedR 1983,190 ff;

218) Deutsch, "Das therapeutische Privileg des Arztes: Nichtaufklärung zugunsten des Patienten", NJW 80,1305 ff;

219) Buchborn, "Die ärzliche Aufklärungspflicht bei infauster Prognose", Der Internist 1981, S.162 ff (168);

220) Spann W., "Zur Aufklärungspflicht des Arztes", MMW 1964,359 ff;

221) Vgl. Ehrhardt,aaO Nr. 209;

222) Lawin, Huth,INA, aaO Nr.20, S.69;

223) vgl. Giesen, aaO Nr.33, S.79;

224) Schwaab, Kramer, Krieglstein, "Rechtliche Grundlagen der ärztichen Aufklärungspflicht", 1983, Dr. R. Kaden Verlag Heidelberg:

Autorenverzeichnis

Bockelmann P., Prof. Dr. Dr.h.c., München;

Brettel H.-F., Prof. Dr.med. , Zentrum der Rechtsmedizin der Universität Frankfurt;

Buchborn Eberhard, Prof. Dr.med., Direktor der medizinisch Klinik Innenstadt der Universität München, Vizepräsident der Deutschen Forschungs-Gemeinschaft (DFG);

Carstensen G., Prof.Dr.med., Chefarzt der chirurg. Klinik am Evangelischen Krankenhaus, Mühlheim/Ruhr;

Demling L., Prof.Dr.med., Direktor der med. Klinik der Universität Erlangen-Nürnberg;

Deutsch Erwin, Prof. Dr.jur., Direktor der Forschungsstelle für Arzneimittelwesen und Arztwesen des juristischen Seminars der Universität Göttingen, Richter am OLG Celle;

Dunz Walter, Richter am BGH in Karlsruhe;

Ehrhardt Helmut E., Prof. Dr.med. Dr.phil. Dr.jur.h.c., Marburg;

Engisch Karl, Prof.em. Dr.jur. Dr.med.h.c.

Eser A., Prof. Dr.jur. Universität Tübingen;

Farthmann E.H., Prof. Dr.med., Chirurgische Klinik der Universität Freiburg;

Fleischer-Peters, Prof. Dr.med. , Poliklinik für Kieferorthopädie der Universität Erlangen;

Franzki Harald, Dr.jur, Präsident des OLG Celle;

Fritzemeier C.U. , Priv.Doz.Dr.Dr., Klinik für Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie, Universität Düsseldorf;

Gabka, Prof.Dr.med., Leitender Arzt der Abteilung für Kiefer-, Gesichts- und plastische Chirurgie der Schloßpark-Klinik Berlin;

Giesen Dieter, Prof. Dr.jur., Freie Universität Berlin;

Glöckner Rainer Dr.med., Chefarzt für Anästhesie und Intensivmedizin, Städt.Krankenhaus Seesen/Harz;

Günther H. Prof.Dr.Dr. , Hamburg;

Hahn , Prof.Dr.Dr., Zahn-, Mund- und Kieferklinik der Universität Kiel;

Hallermann Wilhelm, Prof. Dr.med. Dr.med.h.c. Dr.jur.h.c., Rechtsmediziner;

Hirsch Günter, Dr.jur., Vors.Richter OLG Augsburg;

Huth Hanno, Dr.med., Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin der Universität Münster;

Jacobs H.G. Prof. Dr.Dr., Leiter der Abteilung für Zahnärztliche Chirurgie am Klinikum der Universität Göttingen;

Jung Heike, Prof. Dr.jur., Universität Saarbrücken;

Kern Bernd-Rüdiger, Prof. Dr.jur., Lehrstuhl für bürgerliches Recht und deutsche Rechtsgeschichte, Universität Heidelberg;

Kerschbaum Th. Prof.Dr., Prothetische Abteilung der Zahn- und Kieferklinik an der Universität Köln;

Ketterl W., Prof. Dr.Dr., Direktor der Poliklinik der Zahnerhaltung und Parodontologie, Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten der Universität Mainz;

Kirschner H., Prof.Dr. , Abteilung für Zahnärztliche Chirurgie am Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Universität Gießen;

Klinner Werner, Prof.Dr., Direktor der Herzchirurgischen Klinik der Universität München;

Körber K.H., Prof.Dr., Direktor der Abteilung Prothetik im Klinikum der Universität Kiel;

Krüger Eberhard, Prof.Dr., Leiter der Abteilung für für Mund- und Kiefer-Gesichtschirurgie der Universitätsklinik und Poliklinik für Mund-, Zahn- und Kieferkrankheiten, Bonn;

Krüger W. , Prof.Dr., Leiter der Abteilung Parodontologie der Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten der Universität Göttingen;

Kuhlendahl Hans, Prof.Dr.med., ehem. Direktor der Neurochirurgischen Universitätsklinik Düsseldorf;

Laufs Adolf, Prof.Dr.jur., Institut für geschichtliche Rechtswissenschaft und Rektor der Universität Heidelberg;

Lawin P. , Prof. Dr.med., Direktor der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin der Universität Münster;

Lund O.E., Prof.Dr., Direktor der Universitätsaugenklinik München;

Motsch Alex, Prof.Dr., Vorsteher der Abteilung für Zahnerhaltung und Parodontologie sowie Direktor der Klinik und Poliklinik für Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten der Universität Göttingen;

Müller-Dietz, Prof.Dr.jur., Kriminologe, Universität Saarbrücken;

Opderbecke Hans Wolfgang, Prof.Dr.med., Vorstand des Instituts für Anästhesiologie des Klinikums der Stadt Nürnberg;

Paquet Karl-Josef, Prof.Dr., Oberarzt der Chirurgischen Universitätsklinik Bonn;

Savic' Prof. Dr., Oberarzt der Chirurgischen Universitätsklinik Bonn;

Schreiber Hans-Ludwig, Prof.Dr.jur., Direktor des Juristischen Seminars der Universität Göttingen;

Schreiber Hans Wilhelm, Prof.Dr.med. Chirurgische Universitätsklinik Hamburg;

Schulte W., Prof.Dr., Abteilung für zahnärztliche Chirurgie und Parodontologie der Universität Tübingen;

Schulze, Prof.Dr., Leiter der Kieferorthopädischen Abteilung der Freien Universität Berlin;

Schwab Peter, Dr.med.

Gramer Eugen, Priv.Doz. Dr.med. Dr.habil. Dr.jur.

Krieglstein Günther K. Prof.Dr.med. Dr.med.habil. Universitätsaugenklinik Würzburg, - Buchautoren - ;

Selle G. , Prof.Dr., Klinik für Kiefer- und Gesichtschirurgie am Katharinenhospital Stuttgart;

Spann Wolfgang Hans, Prof.Dr.med., Direktor des Instituts für Rechtsmedizin und Dekan der medizinischen Fakultät der L.M.-Universität München;

Steffen E. , Dr.jur., Richter am BGH Karlsruhe;

Tetsch , Prof. Dr.Dr., Poliklinik für zahnärztliche Chirurgie der Universität Mainz;

Ulrich Hans-Joachim, Dr.jur. Generalstaatsanwalt;

Wachsmuth Werner, Prof.Dr.med., Dr.jur.h.c., em. Universität Würzburg;

Weigand Robert, Dr.jur., Rechtsanwalt in München;

Weißauer Walther, Dr.med.h.c., Ministerialdirigent aD im Bay. Staatsministerium der Justiz, Juristischer Gutachter, München-Freising.

Es sei mir an dieser Stelle erlaubt,
Herrn Prof. Dr. J. Jungwirth für die
Überlassung des Dissertationsthemas
und seine wertvollen Ratschläge sehr
herzlich zu danken.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Dekan,
Vorstand, Prof. Dr. W. Spann, der nach
Pensionierung des Referenten Prof.Dr.Jungwirth
sofort bereit war, diese Arbeit als Fachreferent
zu übernehmen.

L e b e n s l a u f

K r e g e r Klaus Werner,

geboren am 31.12.1957 in München;

Eltern: Robert und Gertrud Kreger, geb. Lob ;

Vier Jahre Volksschule von 1964 bis 1968 in München;

Neun Klassen Gymnasium von 1968 bis 1977 in München;

Reifeprüfung am 24.06.1977 (Leistungskurs "Recht");

Studium der Zahnheilkunde an der Georg-August-Universität Göttingen ab Wintersemester 1977/78;

Zuteilung des Dissertationsthemas im Frühjahr 1982 durch Prof. Dr. J. Jungwirth beim Institut für Rechtsmedizin der L.M.-Universität München, Direktor Prof.Dr. W.Spann;

Zahnärztliche Prüfung an der Universität Göttingen von Februar bis Juni 1984;

Seit 3.9.1984 Grundwehrdienst als Stabsarzt im zahnärztlichen Dienst.